

Les Aspects de la Tuberculose chez des Indochinois vivant en France

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale
et de Pharmacie de Marseille

Le Décembre 1942

PAR

CHARLES DELANOË

Né le 29 Mars 1915, à MONTPELLIER (Hérault)

EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	}	MM. MATTEI, <i>Président</i>	}	<i>Assesseurs</i>
		HECKENROTH,		
		JOYEUX,		
		BERTHIER,		

MARSEILLE
IMPRIMERIE ANT. GED
48, Rue Paradis, 48

1942

DELANOË (Charles)

Les aspects de la tuberculose chez des Indochinois vivant en France. Marseille, Imp. Ant. Ged, 1942, 8°, 132 p.

(Thèse de Médecine, Marseille, 1942), n° 48

DELANOË (Charles)

Les aspects de la tuberculose chez des Indochinois vivant en France. Marseille, Imp. Ant. Ged, 1942, 8°, 132 p.

(Thèse de Médecine, Marseille, 1942), n° 48

DELANOË (Charles)

Les aspects de la tuberculose chez des Indochinois vivant en France. Marseille, Imp. Ant. Ged, 1942, 8°, 132 p.

(Thèse de Médecine, Marseille, 1942), n° 48

DELANOË (Charles)

Les aspects de la tuberculose chez des Indochinois vivant en France. Marseille, Imp. Ant. Ged, 1942, 8°, 132 p.

(Thèse de Médecine, Marseille, 1942), n° 48

**Les Aspects de la Tuberculose
chez des Indochinois vivant en France**

Les Aspects de la Tuberculose chez des Indochinois vivant en France

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale
et de Pharmacie de Marseille

Le Décembre 1942

PAR

CHARLES DELANOË

Né le 29 Mars 1915, à MONTPELLIER (Hérault)

EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MM. MATTEI, <i>Président</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		HECKENROTH,		
		JOYEUX,		
		BERTHIER,		

MARSEILLE
IMPRIMERIE ANT. GED
48, Rue Paradis, 48

1942

PERSONNEL ENSEIGNANT DE LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE.

Doyen : LUCIEN CORNIL

Assesseur : F. MERCIER.

Doyen honoraire : L. IMBERT

Professeurs honoraires : MOITESSIER, CASSOUTE

OLMER, GAUJOUX, COTTE, AUBARET

Chargé de Cours honoraire : TIAN

Secrétaire : J. COMTE

Bibliothécaire : M^{re} PEROL

Professeurs :

Anatomie	CORSY
Anatomie pathol. et Pathol. expérimentale	CORNIL
Bactériologie	ROUSLACROIX
Chimie analytique et hydrologie	RIMATTEI
Chimie médicale	ROCHE
Clinique chirurgicale	FIOLLE
Clinique chirurgicale	BOURDE
Clinique. exotique	HECKENROTH
Clinique des maladies nerveuses	ROGER
Clinique médicale	AUDIBERT
Clinique médicale	MONGES
Clinique médicale	MATTEI
Clinique médicale infantile	GIRAUD
Clinique obstétricale	VAYSSIÈRE
Clinique ophtalmologique	JAYLE
Clinique oto-rhino-laryngologique	BREMOND
Clinique urologique	CHAUVIN
Histoire naturelle	N...
Histologie	ROMIEU
Hygiène générale et coloniale	VIOLE
Médecine légale	MOSINGER
Parasitologie	JOYEUX
Pathologie chirurgicale	MOIROUD
Pharmacodynamie et matière médicale	F. MERCIER
Pharmacie	VIGNOLI
Physiologie	MALMEJAC
Physique	CHEVALLIER
Thérapeutique	POINSO
Professeur sans chaire	POURSINES

Chargé de Cours

Clinique dermatologique	VIGNE
-------------------------------	-------

Agrégés en exercice

MM. SAUTET	MM. BERTHIER	MM. ARNOUX	MM. AUDIER
DUBOULOZ	POINSO	CHOSSON	DOR
FIGARELLA	BALANSARD	DELPHAUT	RECORDIER
PAILLAS	BRAHIC	IMBERT	SALMON

Chargés des fonctions d'agréé

Chimie médicale	DERRIEN
Physiologie	DONNET

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie descriptive et topographique	SALMON
Chimie minérale	ARNOUX
Clinique de la tuberculose	BERTHIER
Clinique des maladies contagieuses	PERIOT
Clinique chirurgicale infantile	IMBERT
Clinique stomatologique	ACHARD
Clinique gynécologique	FIGARELLA
Hydrologie clinique et thérapeutique	PIERI
Médecine opératoire	DOR
Microbiologie	BOYER
Neuro-chirurgie	ARNAUD
Obstétrique	CHOSSON
Toxicologie	DELPHAUT
Psychiatrie	ALLIEZ
Pharmacodynamie aux Pharmaciens	GUILLOT

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MON PERE

Le Docteur FÉLIX DELANOË

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE

Le Docteur CHARLES FLEIG

A MA MERE

A MES BEAUX-PARENTS

A MONSIEUR LE MEDECIN

LIEUTENANT-COLONEL A. BORDES

*Professeur Agrégé de l'Ecole d'Application
du Service de Santé des Troupes Coloniales*

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur CH. MATTEI

Professeur de Clinique Médicale

Qui nous accueillit dans son service
avec une paternelle bienveillance et nous
fit l'honneur d'accepter la présidence de
cette thèse.

Nous le prions d'accepter nos sentiments
particulièrement vifs de reconnaissance.

A MON JURY DE THESE :

Monsieur le Professeur HECKENROTH

Monsieur le Professeur Agrégé JOYEUX

Monsieur le Professeur Agrégé BERTHIER

AVANT-PROPOS

Dès la fin de l'année 1939, les premiers convois de tirailleurs et de travailleurs indochinois débarquèrent dans la métropole. Notre magnifique colonie d'Indochine apportait ainsi à la France sa contribution à la guerre, sa contribution au travail national.

Tandis que les tirailleurs étaient constitués en corps de troupe, les travailleurs, eux, furent répartis sur tout notre territoire de France et employés en majeure partie dans les usines pourvoyant la défense nationale. Ces travailleurs seuls nous intéresseront dans notre travail.

Ainsi, organisés en légions, elles-mêmes subdivisées en détachements d'importance extrêmement variable, munis aux différents échelons d'un service médical, tous ces travailleurs coloniaux dépendent néanmoins, par l'intermédiaire de ces différents organismes, d'une base principale établie à Marseille, et relevant directement du Ministère du Travail.

Cette base principale comporte, en dehors de son siège administratif de Marseille :

1° Un camp où séjournent des travailleurs en réserve, des travailleurs inaptes provisoirement ou convalescents de maladie, des travailleurs définitivement inaptes attendant un problématique rapatriement.

2° Un hôpital colonial installé aux Baumettes.

C'est à l'Hôpital Le Dantec, dont le Médecin Lieutenant-Colonel BORDES assurait la direction médicale en même temps que les fonctions de chef du Service de

Santé de la M.O.I.* , que nous avons trouvé les matériaux de notre thèse. Cet hôpital de 300 lits, dont la clientèle est sans cesse grandissante, recrute des malades essentiellement dans les différents détachements de travailleurs qui dépendent directement de la base principale de Marseille. Mais aussi il reçoit des différentes légions les travailleurs en état d'incapacité définitive.

De sorte que si nos observations n'ont pu porter sur l'ensemble des 20.000 travailleurs indochinois résidant en France, elles ont été du moins limitées, mais de façon très précise, aux 6.000 travailleurs de la région marseillaise.

Notre travail n'aura donc qu'une valeur relative par rapport à l'ensemble du contingent débarqué en France.

Nous n'avons pas, de plus, l'ambition d'établir des notions définitives sur le comportement de ces Indochinois transplantés dans la métropole, puisqu'à l'heure présente, le jour du rapatriement terminal de ces travailleurs ne saurait être encore envisagé. Cependant, nous avons des raisons pour penser que ce comportement ne s'écartera pas sensiblement de l'allure générale qu'il a pris à nos yeux.

Ce travail n'aurait pu être mené à bonne fin sans l'apport des connaissances de ce Maître éminent qu'est le Médecin Lieutenant-Colonel BORDES.

Nous devons à la clarté de son enseignement, à sa luminosité d'esprit, à sa forte et originale personnalité, l'influence la plus heureuse sur notre formation médicale et générale. Nous ne saurions lui témoigner assez notre reconnaissance pour l'appui réel dont il nous a fait bénéficier, et nous éprouverions une joie extrême,

* M. O. I. : Main-d'œuvre indigène.

une profonde satisfaction, s'il voulait bien prêter attention au témoignage humble mais sincère de notre plus parfaite gratitude.

A son départ pour la colonie, c'est le Médecin Lieutenant-Colonel TALEC qui eut à assurer les lourdes charges de l'Hôpital et de l'état sanitaire de la M.O.I. Nous avons pu, à son contact, bénéficier d'une expérience raffinée et d'innombrables conseils dont nous avons tiré le maximum de profit. Nous lui en gardons une juste reconnaissance.

Rendons hommage aussi au Docteur BAILLE qui nous a facilité notre tâche en gérant avec le plus parfait souci d'exactitude le fichier médical de l'Hôpital Le Dantec ; à notre éminent chef de laboratoire et ami CHAREYRE-MÉJAN, dont la collaboration nous fut particulièrement agréable et utile.

INTRODUCTION

Lorsque, dans le courant de l'année 1941, nous fûmes amenés à prendre nos fonctions à l'Hôpital Le Dantec, notre souci principal était de nous familiariser rapidement avec la pratique de la pathologie exotique, et plus particulièrement de la pathologie de l'Indochinois. Devant une clientèle aussi spéciale, nous pensions avoir à faire essentiellement à une pathologie spéciale, demandant des connaissances vraiment particulières et une expérience approfondie de la pathologie de la race jaune. Nous aurions même accusé quelque hésitation si nous n'avions été dirigé par l'autorité de notre Médecin-Chef et instruit par son inestimable compétence.

Effectivement, dès nos débuts à Le Dantec, nos prévisions se réalisèrent, et nous ne cessâmes depuis de côtoyer une grande variété de facteurs pathologiques exotiques ; mais à côté d'affections très diverses, il en fût une qui, par sa fréquence, par son accroissement rapide et progressif, ne cessait d'attirer notre attention, de soulever à chaque instant les problèmes les plus graves, d'être l'objet pour nous de nombreuses méditations. La tuberculose, ce fléau mondial, faisait ainsi son apparition.

- 304 tuberculeux avérés rapatriés sur 917 rapatriés sanitaires.
- 99 décès par tuberculose sur 112 décès constatés à l'Hôpital Le Dantec, jusqu'au 30 septembre 1942.
- 144 tuberculeux certains, actuellement en traitement à l'Hôpital.

Tel est le bilan impressionnant de la tuberculose chez les Indochinois vivant en France depuis environ trois ans. Dès maintenant, on peut mettre en évidence l'importance toute particulière que revêt la tuberculose à côté des maladies exotiques dans la pathologie de l'Indochinois, ou tout au moins de l'Indochinois transplanté en France.

Cette importance nous était déjà apparue nette, lorsqu'après la première année de séjour nous avons pu dépister de nombreux cas de tuberculose parmi ces travailleurs. Mais nous avions alors la ressource de pouvoir les rapatrier. Les convois, pour ne pas être très fréquents, suffisaient néanmoins à compenser l'apport des malades. Actuellement, alors même que les rapatriements nous font complètement défaut, et qu'il existe une recrudescence nette de tuberculose, nous pouvons plus encore qu'auparavant apprécier l'extension considérable de cette maladie.

Ce problème de la tuberculose chez l'Indochinois transplanté nous a donc paru avoir un certain intérêt. L'occasion de le présenter méritait donc d'être saisie, puisque pour la première fois se trouvaient rassemblés en France un aussi grand nombre d'Indochinois de provenances diverses.

C'est ainsi que sur les conseils de notre Médecin-Chef le Lieutenant-Colonel BORDES, il nous a semblé utile de fixer les modalités de la tuberculose de l'Indochinois, d'en montrer ses particularités, d'exposer ses conditions d'apparition, peut-être d'expliquer dans une certaine mesure les facteurs lui conférant une certaine individualité, bref de classer dans le cadre très général de la tuberculose mondiale la tuberculose de la race jaune.

Nous rappelant les travaux de BORREL et de ses collaborateurs sur la tuberculose de la race noire, et plus particulièrement du Sénégalais transplanté en France,

fruit des observations recueillies après guerre dans le camp de Fréjus, nous avons pensé qu'à peu près dans les mêmes conditions de travail et dans l'esprit de l'enquête menée en 1912 par CALMETTE, il serait intéressant d'apporter notre contribution à l'étude de la tuberculose sur un contingent de 20.000 Indochinois séjournant en France. Non pas que le résultat de notre enquête sur la race jaune ait une originalité aussi grande que chez le Sénégalais. Nous savions déjà la différence qui existait entre le noir d'A.O.F., terrain vierge, et l'Asiatique, terrain imprégné de longue date. Mais nous n'aurions pu prévoir certaines observations inattendues que nous nous efforcerons de mettre en évidence par la suite. Cela peut-être, plus que le tableau général que nous nous proposons de brosser, mériterait qu'on y prêtât attention.

CHAPITRE PREMIER

LA TUBERCULOSE EN INDOCHINE

Si nous précisions que notre travail sur la tuberculose se limitait au cadre restreint de la main-d'œuvre indochinoise travaillant en France, et plus particulièrement aux travailleurs indochinois dépendant directement de la Base principale de Marseille, c'est que nous entendions ne pas identifier cette étude avec un travail de bien plus vaste envergure portant sur l'indigène dans son pays même. D'avance, nous acceptons la discrimination entre la tuberculose évoluant en Indochine et la tuberculose constatée chez nos travailleurs, dans un milieu par conséquent différent. Nous verrons que cette discrimination n'était pas vaine et que les phénomènes pathologiques constatés par nous ne sauraient pas se superposer exactement aux descriptions bien succinctes d'ailleurs faites sur place par les médecins coloniaux.

Ainsi s'étonnera-t-on moins de nous voir exposer dans un premier chapitre ce que peut être la tuberculose en Indochine, et nous excusera-t-on de cette digression apparente. Mais nos observations ne sauraient conserver toute leur valeur que dans la mesure où nous pourrions les rapprocher des observations prises par d'autres en d'autres lieux. Des sujets de même race, de même provenance, sont soumis à des conditions de vie dissemblables ; ils présentent des réactions pathologiques différentes ; l'intérêt majeur n'est pas de savoir

comment ils se sont comportés individuellement les uns des autres, mais de pouvoir au contraire comparer les résultats des enquêtes menées séparément. Cette notion de relativité est importante, comme elle est importante dans tout ordre de facteurs. C'est de cette comparaison seule que pourront naître des éléments d'appréciation véritables.

A ce titre nous envisagerons donc d'abord ce que peut être le tableau de la tuberculose de l'Indochinois en Indochine. Successivement, nous étudierons les causes d'imprégnation tuberculeuse du pays, le degré de cette imprégnation, l'aspect pathologique qu'elle revêt, la gravité qu'elle représente.

I. — IMPREGNATION TUBERCULEUSE DE L'INDOCHINE

A. — ORIGINE ET CAUSES FONDAMENTALES.

L'existence de la tuberculose en Indochine a été relatée depuis fort longtemps. Il existe dans la langue indigène un mot assez coloré qui la définit à sa manière, « Binh ho lao », ou maladie-tousser-consomptive. C'est restreindre ses attributions et l'amputer d'un bon nombre de ses diverses formes que de la désigner ainsi; mais ceci caractérise dans l'esprit du jaune la multiplicité des cas de tuberculose pulmonaire, de phtisie, si fréquente effectivement.

Signalée bien avant la conquête du pays en 1860, elle ne fut vraiment mise en évidence qu'à partir de cette époque, par différentes missions scientifiques et par l'élite des médecins coloniaux ensuite qui, jusque dans les coins les plus reculés de la brousse, nous fournirent des éléments d'appréciation plus explicites et plus précis.

Son introduction en Indochine, antérieure par conséquent à notre occupation, s'explique assez bien par sa situation géographique. Contiguë à cet immense territoire chinois dont le surpeuplement remonte aux époques les plus reculées, et où la tuberculose plus qu'en Europe encore sévit avec une particulière vigueur, c'est de la Chine que logiquement les régions du Tonkin, d'Annam, de Cochinchine reçurent les premiers apports tuberculeux.

A l'encontre du Cambodge, dont la population d'origine Khmers est, nous le verrons, relativement peu imprégnée de tuberculose, toute la partie orientale de la péninsule doit à ses origines mongoles une forte imprégnation. Il n'est pas inutile de constater que les centres les plus atteints sont justement ceux qui ont été les plus anciennement pénétrés par la civilisation chinoise. Les origines de la population de l'Indochine orientale suffisent déjà à expliquer l'extension à partir de la Chine méridionale, de ce facteur pathologique mondial qu'est la tuberculose.

De par sa situation maritime exceptionnelle d'autre part, et devant le développement industriel et agricole, économique et transactionnel particulièrement intense de toute la région du littoral, l'Indochine a vu se développer toute une zone périphérique englobant les centres urbains les plus importants, où la densité de population est le témoignage même de son énorme activité, où les brassages humains sont très intensifs, où les conditions d'hygiène même offrent depuis longtemps un milieu tout à fait favorable à la fixation d'apports pathologiques massifs de provenance extérieure.

Contiguïté avec la Chine au Nord, et origines ethniques similaires dans toute sa partie orientale, exposition aux contaminations extérieures par toute sa zone

côtière dont l'état de réceptivité est extrêmement favorable, telles sont les causes majeures et déterminantes de l'extension de la tuberculose en Indochine.

B. — CAUSES SECONDAIRES.

Mais il existe aussi des causes mineures, sans doute favorisantes, inhérentes au pays même, à son climat, à ses conditions de vie, aux mœurs de ses habitants, dont le rôle s'est toujours manifesté et se manifeste encore de façon constante, sur la maladie en modelant à sa manière son caractère épidémiologique, en influençant son caractère extensif ou régressif. Toutes ces petites causes importantes à préciser, difficiles à limiter, que l'on est obligé de dissocier alors même qu'elles s'engrènent, et dont il est vain de vouloir déterminer les responsabilités respectives, ont cependant joué un grand rôle. C'est d'elles, en effet, que ressort en majeure partie la physionomie particulière de la tuberculose en Indochine.

a) *Le pays.* — Et tout d'abord, un court rappel des conditions géographiques et climatiques permet d'expliquer en partie le manque d'uniformité de l'imprégnation tuberculeuse du pays.

L'Indochine française, vaste empire occupant environ une fois et demie la superficie de la France, englobe sous son unité administrative des régions en réalité très disparates : le Tonkin, opposant sa partie montagneuse peu peuplée à la zone du delta au contraire surpeuplée ; l'empire d'Annam, formé de hauts-plateaux assez vides et de plaines littorales très riches ; la Cochinchine, région de plaine alluviale, dont la population est très dense ; le royaume de Cambodge, prolongeant au Nord la plaine cochinchinoise, mais dont la population d'origine différente est plus clairsemée ; le Laos enfin, plus sain, mais plus vide encore.

L'Indochine est donc loin de posséder un caractère d'uniformité géographique; montagneuse dans sa partie septentrionale, où elle se laisse pénétrer par les chaînes du Tibet, montagneuse dans sa partie axiale, où l'on distingue les plateaux du Laos et la longue Cordillère Annamite, elle présente à la périphérie de ces massifs des vastes plaines alluviales, des deltas essentiellement riches et peuplés.

Son caractère climatique est non moins varié. S'étendant du 9° de latitude Nord au Tropique du Cancer, elle expose ses différentes latitudes intermédiaires à des influences surtout maritimes à l'Est, surtout continentales à l'Ouest, d'où la diversité de son climat, souvent assez rigoureux sur la zone côtière, relativement plus doux et plus sain sur les plateaux intérieurs. Néanmoins, dans l'ensemble, les températures y subissent de gros écarts : + 25° et + 29° en Cochinchine, + 19° et + 29° en Annam, + 16° et + 29° au Tonkin. De plus, l'influence de la mousson, sèche en hiver, pluvieuse en été, détermine ainsi des conditions climatiques souvent peu favorables dans les zones les plus peuplées.

b) *Les habitants.* — Si l'Indochine, nous l'avons vu, présente une grande diversité géographique et climatique, sa population est loin d'être homogène et dans sa race même, et dans sa répartition. En dehors de peuplades primitives, Moï et Khâs réfugiées sur les hauts plateaux, il existe au Laos toute une influence raciale Thaï, ainsi que dans le haut Tonkin. Le Cambodgien descendant des Mon-Khmers dont l'on sait la brillante civilisation inspirée de l'Inde, présente un type racial bien déterminé s'opposant, par de nombreux traits, au type annamite oriental de descendance et de civilisation chinoise.

De ceci, il ressort que nous ne saurions parler de l'Indochine en général, mais des Indochinois, en tenant

compte du caractère hétéroclite de leur groupement. Sans doute, y a-t-il une pathologie commune à ces indigènes d'origines ethniques, différentes, mais il existe aussi une pathologie propre, suivant leur race d'origine; et en matière de tuberculose, nous vérifierons dans le pays les différences d'imprégnation tuberculeuse de ces milieux, peut-être aussi les différences de réactions pathologiques qui n'en sont probablement que la conséquence.

Quant à sa répartition, la population de l'Indochine, riche d'environ 20.500.000 habitants, semble suivre les principes de variété propres au relief et au climat. En réalité, elle ne fait que s'adapter à ces circonstances, comme elle s'adapte aux zones de productions et de transactions. Son hétérogénéité ne sera donc pas pour nous étonner. La densité de 4 habitants au km² sur les plateaux s'élève à 300 habitants par km² dans la zone du littoral, et plus particulièrement des deltas. C'est dans cette zone côtière que l'on trouve les villes les plus importantes. Cette concentration excentrique de population faite d'un amalgame d'indigènes de conditions sociales très diverses, entraîne souvent des moyens d'existence favorables. Si certaines de ces villes sont bien construites, à l'européenne, spacieuses, aérées, dans beaucoup d'autres une population très dense vient s'entasser dans des habitations insalubres, non ventilées, sans soleil, poussiéreuses, tel Cholon avec ses groupes de paillotes, ses compartiments, ses maisons en briques mal édifiées, tel entre autres Hué et son fleuve des Parfums, peuplé de ces petites barques aux toits surbaissés, les Sampan, dont chacune abrite une famille.

Les conditions d'alimentation ne sont pas plus favorables dans ces régions surpeuplées; le riz, aliment de base, n'est pas toujours réparti en quantité suffisante. Les périodes de grandes crues et d'inondations ne sont

pas rares et ajoutent encore aux restrictions. Enfin, ce serait ne pas connaître l'indigène que d'ignorer combien il porte peu d'intérêt à son alimentation. Des expériences ont même montré la nécessité dans certaines plantations de nourrir les employés qui sinon, indifférents à des jeûnes prolongés, eurent utilisé intégralement leur gain à des jeux passionnés.

L'hygiène de ces différents centres urbains, malgré notre effort colonisateur et les innombrables progrès qui ont été réalisés, laisse bien souvent à désirer. Et comment pourrait-on parler d'un sens de l'hygiène dans un pays où les causes de contamination sont si généreusement et depuis si longtemps répandues. L'enfant, dès le plus jeune âge, est particulièrement exposé; la technique maternelle de nutrition de l'enfant au riz insalivé, à défaut de lait, n'est-elle pas pour le vouer, sinon à des troubles gastro-intestinaux fréquents, du moins à des dangers de contamination tuberculeuse les plus certains ? La coutume indigène de se partager les enfants et de coucher auprès d'eux recouverts par les temps froids d'une même natte, dont la propreté est souvent douteuse, n'est-elle pas pour opérer une sélection naturelle rapide ? Est-il besoin de s'étendre encore sur les conditions d'hygiène individuelle ou collective qui régissent pour une grande part les fluctuations des grandes endémies, et qui pour la tuberculose comme pour toute autre maladie, réalisent un terrain propice à son développement ?

Ces causes mineures d'imprégnation tuberculeuse relatives aux conditions d'existence en Indochine ne peuvent en réalité s'individualiser. Elles s'intriquent et contribuent à former en quelque sorte un facteur d'anergie collectif. Les conditions souvent defectueuses de climat, de surpeuplement, d'habitation, d'alimentation, d'hygiène, associant leurs effets avec plus ou moins

d'intensité suivant les diverses régions de l'Indochine, forment un ensemble impondérable sur lequel l'imprégnation bacillaire se fixe sans résistance et ne tarde pas à s'étendre. A côté de régions encore relativement saines, voisinent des zones où l'étude rapide des différentes conditions climatiques et individuelles suffit à expliquer le degré élevé d'imprégnation bacillaire. C'est ce degré que nous allons essayer d'établir maintenant.

II. — DEGRÉ DE L'IMPREGNATION TUBERCULEUSE EN INDOCHINE INDEX TUBERCULINIQUE

Le degré d'imprégnation bacillaire est essentiellement variable suivant la région d'Indochine intéressée. C'est la conclusion à laquelle nous ont déjà conduit les différentes considérations précédentes. Aussi convenait-il de mener séparément les recherches dans les différents centres en vue de son appréciation. Un moyen simple était de rechercher l'index tuberculinique ; c'est ce qu'ont fait, sur les indications de CALMETTE, dès 1911, de nombreux médecins coloniaux.

Au Tonkin, les recherches menées par MONZELS ont abouti aux résultats suivants :

De 0 à 1 an	Index	0
De 1 à 15 ans	»	19,1 %
Au-dessus de 15 ans ..	»	43 %

Une statistique plus récente de GAIDE, en 1928, donne pour Hanoï :

Au-dessus de 15 ans..	Index	48,8 %
-----------------------	-------	--------

En Annam, c'est à Noël BERNARD, L. KOUN, Ch. MESLIN que nous devons les recherches, en 1911, sur la popu-

lation ouvrière et paysanne de Hué, dans des conditions moyennes de santé et de résistance physique.

De 0 à 1 mois.....	Index	0
De 2 mois à 2 ans	»	2,6 %
De 3 ans à 5 ans.....	»	9,8 %
De 6 ans à 15 ans....	»	24,7 %
De 16 ans à 20 ans....	»	32,9 %
Au-dessus de 20 ans ..	»	54,2 %

En Cochinchine, dès 1911., le Docteur BRAU nous donnait une indication moyenne de 16 % à 24,6 % mais sa statistique ne comportait pas d'adultes âgés de plus de 20 ans.

Pour Abbatusci, en 1926 :

Sur 2.916 individus examinés de 0 à 80 ans l'index est de 67 %, soit un chiffre analogue à ceux observés en Europe.

Sur 5.797 enfants de la province de Cholon, l'index s'est révélé de 49 %, c'est-à-dire voisin du chiffre de France dans les grandes villes.

Pour Gaide, des statistiques établies à peu près à la même époque montrent pour Cholon :

	En 1923	En 1924
De 0 à 5 ans	23,64 %	
De 5 à 10 ans.....	44,68 %	46,50 %
De 10 à 15 ans	68,46 %	65,50 %
De 15 à 20 ans	71,15 %	79,27 %

Enfin au Cambodge, le docteur CROSSOUARD donnait en 1911 un chiffre moyen de 4,6 % et ceci n'est pas pour nous étonner puisque la tuberculose y est signalée comme extrêmement rare.

L'index tuberculinique est donc un moyen simple qui nous permettrait une grande approximation s'il était appliqué d'une façon absolue à toute la colonie.

Malheureusement, les chiffres précédents ont été recherchés dans des conditions inévitablement différentes par des auteurs divers, peut-être avec des méthodes et des techniques non comparables. Faudrait-il en déduire qu'ils perdent de ce fait leur valeur ? Certainement pas ! Leur approximation nous donne un ordre de grandeur suffisant qui reste un élément de comparaison valable.

Dans l'ensemble, nous pouvons affirmer que l'imprégnation tuberculeuse s'est étendue à l'Indochine de façon bien peu uniforme. Laissant presque indemne le Cambodge, où l'index tuberculinique atteint 4,6 %, elle intéresse au contraire toute la zone littorale : Tonkin, Annam, Cochinchine, dont nous avons déjà révélé les relations avec la Chine par ses origines ethniques, et avec le reste du monde par la multitude de ses échanges commerciaux. Mais il ne semble pas que même dans cette zone maritime, l'imprégnation tuberculeuse soit régulière. Si les différences sont peu appréciables entre le Tonkin et l'Annam, avec néanmoins un index légèrement plus élevé en Annam, il paraît incontestable que la Cochinchine les domine de beaucoup. Son index atteint et dépasse probablement même les chiffres les plus élevés que nous sommes habitués à voir dans nos cités industrielles de France. Mais cette région n'est-elle pas celle des deltas où la population atteint la plus forte densité et où les conditions de vie sont aussi les plus défavorables.

III. — LES ASPECTS DE LA TUBERCULOSE EN INDOCHINE

Les Indochinois dont le terrain est en contact avec l'infection bacillaire depuis l'époque la plus reculée et dont les conditions de vie sont extrêmement favorables

à l'acquisition d'une immunité allergique précoce ne sauraient faire une tuberculose très particulière. C'est ce qui ressort des constatations faites par différents médecins coloniaux.

Pour Toullec, les formes évolutives sont superposables à celles que nous connaissons en France.

Sans doute, pour l'ensemble des médecins de Cochinchine, l'évolution des formes pulmonaires est plus rapide avec prédominance des formes caséuses et destructrices rapidement généralisées au poumon tout entier.

Mais pour L.M.R. MONTEL de Saïgon, ces conclusions sont trop absolues. Elles viennent de ce que les malades se présentent souvent très tardivement, et pour cet auteur au contraire, les formes les plus fréquentes sont des formes fibreuses progressives, des formes torpides, même des formes florides, à en juger par « 20 cas de tuberculose du sommet guéries spontanément ou médicalement et suivies depuis cinq ans au moins ».

C'est moins dans le caractère clinique assez banal que dans la répartition respective des diverses formes de tuberculose que réside en fait l'intérêt de cette question.

La forme pulmonaire est sans contredit la plus fréquente. A la dernière période, elle se manifeste presque toujours chez les sujets qui sont en état d'infériorité physique par des infiltrations à extension souvent rapide. Pour cet auteur encore les hémoptysies, loin d'être rares, sont plus fréquentes qu'en Europe. Elles offrent bien souvent un mode de terminaison et elles ne sont « qu'une forme d'une aptitude particulière aux hémorragies constatées très souvent chez les Cochinchinois.

En dehors des formes pulmonaires, les autres localisations semblent être par ordre décroissant, des locali-

sations ganglionnaires, osseuses, articulaires, péritonéales et cutanées.

GAIDE nous cite des chiffres moyens constatés chez des tirailleurs indigènes :

Sur 242 malades :

Localisations pulmonaires	66,52 %
Localisations ganglionnaires	14,87 %
Localisations ostéo-articulaires ..	10,74 %
Localisations diverses	7,85 %

Les localisations ostéo-articulaires sont plus rares en Cochinchine. MONTEL ne rapporte en 20 ans, que deux ou trois cas de tumeur blanche et encore ces cas intéressent-ils des émigrants revenus dans leur foyer qui avaient contracté leur tuberculose en Europe.

Par contre, elles sont plus fréquentes au Tonkin où règne une partie de l'année un climat brumeux, humide et froid.

La fréquence de ces formes ostéo-articulaires est donc sujette à des fluctuations légères suivant la région d'Indochine intéressée. Des fluctuations plus grandes ont été signalées en 1924 par MONTEL chez les Annamites expatriés ayant servi en France lors de la dernière guerre. Ce fait sur lequel nous insisterons encore mérite dès maintenant de retenir notre attention.

Enfin, les tuberculoses péritonéales et cutanées sont tout à fait exceptionnelles.

-- Fréquence des formes pulmonaires de tuberculose qui évoluent à de faibles variations près sur notre type de tuberculose européenne.

— Variabilité, suivant la latitude, dans la fréquence des formes ostéo-articulaires, qui sont loin d'atteindre cependant la banalité des formes précédentes.

— Tel est l'aspect général que revêt la tuberculose en Indochine. Cet aspect, valable pour la plus grande

partie de la colonie, ne saurait cependant refléter la tuberculose du Cambodgien qui représente un terrain différent et dont nous manquons d'éléments pour nous imaginer les traits.

IV. — MORBIDITE ET MORTALITE PAR TUBERCULOSE EN INDOCHINE

D'après les statistiques les plus récentes, les atteintes tuberculeuses s'élèvent pour la seule année 1939 à 46.537 sur tout le territoire de l'Union Indochinoise. Elles représentent le 83 % des cas de tuberculose observés la même année dans l'ensemble des colonies françaises.

La tuberculose pulmonaire représente à elle seule 83,8 % des formes observées. C'est assez dire sa fréquence. Le tableau suivant nous montre les variations de la morbidité et de la mortalité par tuberculose suivant la région d'Indochine intéressée. Il est suffisamment explicite pour que nous n'ayons pas à y insister.

Année 1939	Tuberculeux dépiſtés	Tuberculeux hospitalisés	Tuberculeux décédés	Indice de mortalité par rapport	
				à l'affection	à la mortalité générale
Tonkin ..	14.581	3.133	713	22,7 %	9,2 %
Cochinchine	13.496	4.218	485	11,5 %	9,8 %
Annam ...	16.027	1.483	219	14,8 %	6,6 %
Cambodge .	2.143	633	69	10,9 %	
Laos	290	105	34	32,4 %	
Total	46.537	10.572	1.520	18,46 %	



CHAPITRE II

CONDITIONS DE VIE DES TRAVAILLEURS INDOCHINOIS EN FRANCE FACTEURS ETIOLOGIQUES QUI ONT PU PRESIDER A L'ECLOSION D'UNE TUBERCULOSE

Sans porter préjudice aux théories bactériologiques, nous pouvons d'emblée affirmer qu'en matière de tuberculose, plus que dans toute autre maladie, le rôle du terrain tient une importance fondamentale. Il ne suffit pas au microbe pathogène d'échouer sur un organisme pour y jouer son rôle destructeur, il est voué immédiatement au déclenchement d'innombrables moyens de défense dont dispose ce dernier. Il ne peut rien tant que ces moyens restent intacts, et ce n'est qu'à la faveur de défaillances de leur part qu'il reprend alors sa virulence. Comme le disait KELSCH : « Nous sommes tous plus ou moins bacillifères, ce sont les causes secondes qui nous rendent bacillisables ».

Ce rôle des causes secondes prépondérant pour les anciens mais dont l'auréole s'était atténuée un temps devant la découverte de l'agent pathogène nous semble mériter une importance toujours plus grande. Si nous avions à définir la tuberculose, nous reprendrions volontiers l'expression de M. SAVOIRE : « Non pas une

maladie déterminée par le Bacille de Koch, mais un état de déchéance organique qui rend possible le développement de ce dernier ».

Aussi nous attacherons-nous à établir chez nos Indochinois résidant en France depuis plus de deux ans, les conditions générales de ce séjour et à déterminer les principaux facteurs coupables de la déchéance du terrain. •

Lorsque nous nous efforcions précédemment de replacer ces mêmes sujets dans leur cadre colonial, et que nous précisions l'aspect général de leur tuberculose dans leur milieu habituel, c'est que nous pensions, à la faveur d'un changement de ce milieu, assister à des modifications de leur comportement pathologique. Nous pensions pouvoir expliquer les variations pathologiques observées en France, par un changement profond de leur condition de vie avec toutes les conséquences qu'il entraîne. N'était-ce pas là l'explication la plus logique et la plus simple, peut-être même la seule. Mais quels sont donc ces facteurs susceptibles de modifier le terrain ? Nous en considérerons trois catégories :

- Des facteurs extérieurs à l'individu.
- Des facteurs déterminés par la vie collective.
- Des facteurs propres à chaque individu.

I. — FACTEURS EXTERIEURS A L'INDIVIDU

(Climats, saisons)

L'influence du climat et des variations dans l'espace et dans le temps, nous semble jouer incontestablement un grand rôle dans le déterminisme du polymorphisme anatomo-clinique de la tuberculose.

Son rôle débilitant n'est pas niable, nous le constatons maintes fois chez nos colons. Notre organisme adapté

au climat de France, au climat européen, éprouve sans aucun doute dans certaines de nos colonies de rudes assauts de la part d'un climat trop rigoureux pour lequel naturellement il est mal protégé ; il se tuberculise vite et s'acheminera vers une terminaison souvent rapide.

Cette incompatibilité avec le milieu extérieur de l'individu qui, retiré subitement d'un climat froid ou tempéré, est plongé dans une atmosphère tropicale ou équatoriale, ne peut et doit-elle pas à l'inverse exister pour l'individu transplanté dans un pays très différent du sien.

Adapté par sa race et son hérédité, familiarisé par sa vie à un climat tropical, l'indigène en subit les attaques avec indifférence. Mais advient-il à être transplanté dans un pays tempéré ou froid, à y passer trois longues années, à y subir les rigueurs d'hivers particulièrement froids, d'étés capricieux, n'a-t-il pas alors des chances de voir ses résistances décroître, surtout si d'autres facteurs encore s'associent pour les diminuer.

Ces influences extérieures climatiques sur l'individu sont de trois ordres. Elles tiennent tant des radiations solaires que du froid, que des variations atmosphériques brusques.

L'influence des radiations solaires se traduit par des modifications complexes humorales et tissulaires. De même que son excès peut entraîner des complications immédiates, son insuffisance prolongée, surtout chez des sujets de race colorée probablement moins sensibles et moins aptes à les assimiler, peut provoquer, à la longue, des perturbations métaboliques et engendrer un état de moindre résistance du terrain.

L'influence du froid est extrêmement nette chez nos Indochinois et ne peut être l'objet d'aucune contestation. L'Indochinois nous paraît tout aussi sensible que

le nègre aux causes de refroidissement. Malgré toutes les mesures prises : stationnement pour une grande majorité dans les régions méridionales à climat doux ; repliement sur les régions plus tempérées des détachements de travailleurs trop exposés ; aménagement des locaux ; installation des moyens de chauffage ; distribution de vêtements, nos Indochinois eurent beaucoup à souffrir de l'hiver. Le froid, lorsqu'il est intense et prolongé, expose sans doute aux refroidissements, mais il agit surtout en diminuant les réserves de l'organisme. Chez des individus sous-alimentés et soumis à de durs travaux, il participe à la constitution de graves déficiences physiques, de véritables cachexies. Nous avons eu l'occasion d'en observer quelques cas.

Mais les causes de refroidissement nous paraissent liées davantage à l'influence des variations atmosphériques ; elles sont manifestement aussi fréquentes, sinon plus fréquentes, aux changements de saisons que pendant l'hiver. Propices aux affections respiratoires aiguës, à type de bronchites, de gripes à forme pulmonaire, de phénomènes pleuraux minimes, elles ne semblent pas liées directement à la tuberculose.

En réalité le froid, par son influence sur l'organisme et en association avec d'autres facteurs déprimants, peut entraîner un état de déficience favorable à l'éclosion d'une tuberculose ; de même les phénomènes pulmonaires, conséquences de refroidissements, peuvent favoriser le réveil d'une tuberculose jusque là latente. Ils fragilisent ou altèrent le tissu pulmonaire, créent une cause d'anergie locale que le germe pathogène saura mettre à profit.

Ces trois facteurs : influence solaire, influence du froid, influence des variations atmosphériques, s'accouplent de façon très variable et s'associent encore suivant les saisons, à des phénomènes naturels plus abstraits

qui régissent tout le monde vivant. Cet ensemble de manifestations extérieures à l'individu nous a paru orienter dans une certaine mesure l'apparition de la tuberculose chez les travailleurs indochinois. Nous avons pu suivre tout au long de nos observations les fluctuations saisonnières de la maladie. En voici brièvement les caractéristiques :

La tuberculose pulmonaire, malgré les difficultés d'approximation de son début réel, apparaît à toute époque, mais marque cependant une prédilection pour la fin de l'hiver et le printemps. Ainsi, au cours des années 1940 et 1941, pendant les premiers semestres, apparaissent 142 cas de tuberculose pulmonaire contre 63 seulement pendant les deuxièmes semestres.

Les pleurésies sont presque l'exclusivité du printemps. Pour l'année 1941, les seuls mois d'avril, mai et juin fournirent 18 cas contre 3 seulement apparus en automne.

Les formes osseuses et péritonéales sont relativement rares en été, très fréquentes de janvier à juin.

L'influence saisonnière est particulièrement nette sur les adénopathies tuberculeuses, ce sont les formes printanières par excellence. Ainsi pour l'année 1941, nous avons pu dénombrer 52 cas d'adénites tuberculeuses. Tous ces cas sont échelonnés exclusivement du mois de mars au mois de juin ; 8 autres cas pour la même année firent leur apparition en automne.

Les mêmes caractéristiques sont valables pour les années 1940 et 1942.

Les localisations méningées, enfin, subirent la même influence printanière.

Tous ces exemples suffisent à illustrer abondamment l'influence des facteurs climatiques et saisonniers sur les formes de tuberculose de nos Indochinois. Insistons

particulièrement sur le fléchissement printanier de la résistance générale de l'individu. Il entraîne non seulement, comme nous l'avons montré, un accroissement considérable de la maladie sous toutes ses formes. Il se traduit aussi par une aggravation manifeste des lésions déjà existantes et, par sa conséquence inévitable, l'augmentation remarquable du taux de mortalité.

II. — FACTEUR SOCIAL

Si les différences de climat imposées à nos travailleurs indochinois ont une influence certaine sur l'évolution générale de leur tuberculose, une place non négligeable semble revenir aussi à leurs conditions de vie. Leur groupement en collectivités réalisé parfois, malgré tous les efforts, de façon défectueuse, favorise, sans aucun doute, les contacts inter-humains, multiplie les causes de contamination massive, engendre pour des raisons diverses ses variations de l'état allergique, bref favorise l'éclosion d'une tuberculose.

Comme nous le rappellent BEZANÇON et ARNOULD suivant une parole de Casimir PÉRIER, « c'est la maladie qui sévit toujours dans le monde où l'on pâtit ». Quelles sont donc, dans l'ensemble, les conditions d'existence des 20.000 Indochinois transplantés en France ?

Ces travailleurs sont répartis en 74 compagnies de 200 à 300 hommes chacune, qui dépendent directement de légions, la principale de ces légions étant la Base de débarquement de Marseille. Leur condition d'existence doit être diversement appréciée suivant qu'ils résident dans les légions ou qu'ils sont affectés sur les chantiers de travail.

Si l'on prend pour modèle la Base principale de Marseille, on peut constater que tout a été mis en œuvre

pour apporter aux travailleurs le maximum de confort. Le camp, bien exposé, très aéré, se compose de baraques du type le plus moderne qui, par leur forme et l'aménagement spécial de leur double paroi, assurent le cubage d'air maximum, l'aération la plus efficace et une protection indéniable contre le froid.

L'installation à proximité du camp d'une station de douches et d'épouillage à grand rendement, assure de plus une propreté individuelle réelle.

Ces conditions optima d'habitation et d'hygiène réalisées chez nos travailleurs de Marseille, sont à peu près comparables dans les diverses légions.

Par contre, les conditions d'existence doivent être envisagées avec moins d'optimisme pour la grande majorité des travailleurs détachés en groupe sur les emplacements de travail. Si certains d'entre eux jouissent d'un accueil très favorable et de mesures sanitaires suffisantes près des organisations qui les emploient, la plupart des autres travaillant pour le compte d'entreprises privées souvent peu scrupuleuses, sont hébergés dans des conditions peu satisfaisantes. D'abord employés pendant la première année de leur séjour à des travaux d'usines, les travailleurs indochinois sont actuellement surtout soumis à des travaux agricoles ou forestiers, à des travaux d'aménagements, à l'exploitation de salins ou de mines, mais il ne semble pas que l'on puisse tirer de ce changement d'existence une conséquence pathologique quelconque. Dans l'ensemble ces travailleurs sont souvent très éloignés de leur Base et l'établissement d'un contrôle sanitaire parfait est chose difficile dans les circonstances actuelles. Mal logés, entassés dans de vieilles masures désaffectées, dans des granges ou des locaux insalubres, exposés de ce fait à de multiples causes de contamination, soumis aux intempéries, au froid, avec des moyens de protection et

de chauffage insuffisants, telle est à l'opposé de la vie des camps où la surveillance sanitaire exerce constamment son rôle bienfaiteur, la triste situation de bien des petits détachements de travailleurs livrés à leur infortune.

Alors que dans les camps où s'exercent des visites de dépistage fréquentes, il sera facile de repérer tout individu malade ou suspect et de prendre immédiatement les mesures d'isolement et de mise en observation qui s'imposent, dans les petits détachements éloignés, bien souvent, un sujet tuberculeux disséminera partout ses bacilles aux risques de contaminer de façon massive son entourage, et ne sera éliminé que plus tardivement, à un stade avancé de sa maladie.

A. BORREL, dans son remarquable travail sur la tuberculose des troupes noires, établissait en deux points les mesures prophylactiques qu'il préconisait : hygiène des baraquements, surveillance des contacts inter-humains, en ne laissant pas séjourner les tuberculeux au contact de leurs camarades. Ces mesures, mises ultérieurement à profit dans les camps de Sénégalais de La Rochelle, purent démontrer de façon notoire leur efficacité. C'est donc ces principes qui furent à l'honneur dans nos unités de travailleurs et appliqués dans la mesure de nos moyens.

Malgré toutes ces précautions, il est certain que la vie collective est un terrain très favorable au développement de l'infection bacillaire ; elle est faite d'une complexe de facteurs qu'il est inutile de vouloir individualiser. Il nous suffit d'exposer la situation générale de nos travailleurs pour entrevoir les dangers auxquels ils sont exposés.

III. — FACTEURS PROPRES A L'INDIVIDU

a) *Facteur racial.*

Le problème racial vis-à-vis de la tuberculose s'était surtout posé pour l'individu de race noire et en particulier pour les Sénégalais. A la suite des travaux de BORREL, faisant du terrain Noir un terrain vierge non primo-inoculé, de nombreuses et sérieuses objections furent apportées, en particulier par BESANÇON et ARNOULD. Ces auteurs s'attachèrent à montrer que la théorie du terrain vierge était, devant de nouveaux faits, difficilement soutenable ; qu'il fallait réserver une place toujours plus grande au facteur social conditionné par la transplantation du sujet dans un milieu différent ; qu'enfin vraisemblablement s'associait un facteur racial non négligeable.

On ne saurait oublier, nous disent ces auteurs, que « l'organisme sur lequel agit le milieu extérieur a ses réactions conditionnées dans une certaine mesure par des qualités ou propriétés anatomo-physiologiques héréditaires qui ne sont pas identiques dans tous les types humains ». BORREL nous indiquait la fragilité pulmonaire toute particulière du nègre au pneumocoque. BESANÇON émettait l'hypothèse « d'un dispositif spécial du système lymphatique » conférant à certaines races une résistance moindre à l'envahissement bacillaire. CALMETTE voulait expliquer la fréquence des localisations ganglionnaires chez les sujets jeunes, par une activité plus intense du système lymphatique de leur organisme en pleine poussée de croissance.

Ne pourrait-on pas aussi parler chez nos Indochinois d'un comportement anatomo-physiologique spécial, c'est-à-dire d'un facteur racial ? Leur tuberculose ne se superpose, nous le verrons, ni à celle du Blanc, ni à

celle du Noir, malgré certaines analogies de formes. Elle représente une entité morbide spéciale à la race jaune. C'est là une constatation formelle, bien que nous ne soyons pas à même de pouvoir mesurer la portée exacte de ce facteur racial. S'il existe vraiment, il semble qu'il soit le même pour les différents types d'Indochinois.

L'étude de l'imprégnation bacillaire de chacun de ces types nous avait fait un instant prévoir des réactions morbides particulières suivant la race de l'Indochinois. Nous pensions que les Cambodgiens, par exemple, dont l'état d'immunité allergique était très faible et d'acquisition récente, feraient une tuberculose plus grave; nous n'avons rien constaté d'analogue. D'ailleurs, l'infime contingent de Cambodgiens par rapport au nombre plus considérable de Tonkinois, de Cochinchinois et, à la grande majorité, d'Annamites, nous plaçait dans de très mauvaises conditions d'observation. Il ne nous semble pas que l'on puisse établir de distinctions dans le comportement pathologique des divers types d'Indochinois. Cela donne plus d'unité par conséquent à l'étude des réactions pathologiques de nos indigènes, et de même qu'il existe une tuberculose européenne ou une tuberculose du Noir, il existe une tuberculose de l'Indochinois.

b) *Facteur psychique.*

Parmi les causes occasionnelles de tuberculose, nous disait LAENNEC, « je n'en connais pas de plus certaines que les passions tristes, surtout quand elles sont profondes et de longue durée ». Et il nous cite à l'appui l'exemple d'une communauté religieuse de femmes qu'il a eu l'occasion de suivre pendant 10 ans, et dont les règles étaient réputées pour leur extrême rigueur. Il nous dit l'avoir vu se renouveler deux ou trois fois par

la perte de tous ses membres devenus successivement tuberculeux, à l'exception des religieuses qui avaient le plus de distractions : la mère supérieure, la tourrière, les sœurs s'occupant de la cuisine, du jardin, de l'infirmierie.

Cet exemple nous démontre de façon très suggestive l'influence du facteur psychique sur le déterminisme d'une tuberculose pulmonaire en particulier ; et ce fait n'est pas pour nous surprendre si nous savons la fréquence de la tuberculose chez les mentaux.

Pour KERMORGANT, plus qu'en Europe, chez les indigènes la tuberculose est la plaie des Couvents. Des postulants d'un noviciat des frères d'écoles chrétiennes à Thu-Duc, près de Saïgon, paient un lourd tribut à la tuberculose. Il faut, de l'avis de leurs supérieurs, en licencier le cinquième au bout de deux ou trois ans d'études. Même observation a été faite pour les sœurs indigènes qui font la classe.

Or, chez nos Indochinois, ce problème psychique se pose très certainement. Séparés depuis près de trois ans de leur pays, de leur climat, de leur milieu, de leurs habitudes, éloignés de leur famille, sans nouvelles, sans espoir de revoir prochainement leurs femmes et leurs enfants, il faudrait certes que ce soient des hommes d'une rude trempe pour ne subir aucune perturbation de leur équilibre moral devant ce changement complet de leur vie.

Ce facteur, dont l'importance se fait sentir toujours plus pressante, coïncide sans aucun doute avec une énorme progression des cas de tuberculose. L'intérêt qu'y apportait en son temps un grand observateur comme LAENNEC n'est-il pas pour nous garantir son authenticité ?

c) *Facteur physio-pathologique.*

L'étude des prédispositions physio-pathologiques à la tuberculose est suffisamment classique et ne s'écarte pas sensiblement de la normale chez les Indochinois; aussi serons-nous relativement brefs.

Le travail, en tant qu'effort musculaire par les dépenses énergétiques qu'il entraîne, est certainement, en association avec d'autres éléments, un des facteurs de moindre résistance du terrain. Les différents genres de travaux auxquels les Indochinois furent soumis : travaux d'usines pendant une première période, puis travaux essentiellement agricoles depuis la fin de l'année 1940, auraient pu influencer d'une manière différente leur résistance vis-à-vis de la tuberculose, mais il ne semble pas que nous puissions établir un rapport quelconque entre la nature des travaux effectués et l'aptitude à contracter la maladie.

Par contre, la relation nous paraît beaucoup plus nette entre la résistance du terrain et la ration alimentaire du travailleur. Cette ration, très suffisante à l'origine, ne comportait pas moins de :

Riz	400 gr.
Pain	250 gr.
Viande ou poisson salé	300 gr.
Légumes secs	30 gr.
Légumes frais	350 gr.
Graisse	30 gr.
Sucre	21 gr.
Café, thé	15 gr.
Sel	20 gr.

Des restrictions alimentaires furent imposées inévitablement à nos travailleurs indochinois depuis l'année 1941. La diminution sensible des graisses en particulier

a été suivie à plusieurs reprises d'une recrudescence et d'une aggravation de la tuberculose.

La carence en protéines et en sels minéraux nous semble être aussi un facteur de moindre résistance du terrain.

L'avitaminose, par contre, ne nous paraît nullement un élément spécial de gravité ou de contagion.

A côté de ces facteurs, certaines conditions pathologiques sont responsables, dans quelques cas, d'une rupture d'allergie et entraînent une prédisposition à la tuberculose.

Ce sont parfois de simples bronchites aiguës, de simples gripes. Ce peuvent être aussi certains phénomènes aigus pleuro-pulmonaires, dont le degré de parenté avec la tuberculose est certain. La multitude des cortico-pleurites observées chez les Indochinois, leur action anergisante fréquente font de ce facteur pathologique, sinon un mode de début de la tuberculose, du moins un symptôme avant-coureur dont la connaissance est précieuse.

Les entéro-colites, les dysenteries surtout, sont des facteurs pathologiques très déprimants, dans leur phase aiguë. Par leurs complications hépatiques si fréquentes elles peuvent être la cause d'une anergie viscérale ; or l'on sait toute l'importance qui a été donnée aux rapports des fonctions hépatiques et de l'infection bacillaire.

Les helminthiases, qui sont la règle chez tout Indochinois, ont sans doute une action défavorable sur l'état général par leur pouvoir anémiant, mais aussi elles peuvent réaliser les conditions propres à la pénétration du bacille de Koch dans l'organisme par voie intestinale.

Enfin, l'influence d'une spécificité ancienne, si prépondérante pour certains auteurs, ne nous a pas échappé chez nos malades. Nous avons recherché systématiquement l'existence d'une syphilis chez certains de nos

tuberculeux osseux dont les foyers d'ostéite multiples nous avaient tout d'abord surpris. Pas plus chez ces malades que chez certains scrofuleux ou chez d'autres tuberculeux fibreux, nous n'avons pu déceler cliniquement et sérologiquement l'existence d'un tel antécédent pathologique, mais dans l'ensemble nous restons très convaincus de l'action de certains facteurs physiologiques et pathologiques qui favorisent l'infection bacillaire en modifiant le terrain.

EXPÉRIENCE DU DÉTACHEMENT DE SALINS-DE-GIRAUD INFLUENCE DU CLIMAT MARIN

Après avoir exposé les différentes causes occasionnelles qui nous semblent influencer l'évolution générale de la tuberculose chez les Indochinois vivant en France, il nous paraît intéressant de relater certains faits qui peuvent avoir la valeur d'une véritable expérience. Nous avons pu assister au comportement de 300 travailleurs placés dans des conditions d'existence bien déterminées et particulièrement défavorables. C'est le résultat de ce comportement que nous nous proposons de rapporter et d'interpréter.

A la suite de troubles graves et d'actes d'indiscipline répétés de la part de certains travailleurs, le Commandement décida de créer une compagnie disciplinaire. Dès le 17 septembre 1941, la 74^e Compagnie ainsi formée des plus mauvais éléments, pour la plupart Cochinchinois, partait pour Salins-de-Giraud, en pleine Camargue, et s'installait à proximité d'une autre compagnie de travailleurs indochinois déjà existante aux Salins-du-Relai.

Les travailleurs de la 74^e Compagnie, dont le degré de moralité n'était pas des plus brillants, eurent à subir aux Salins-de-Giraud toutes les rigueurs d'une discipline

sévère qu'imposait leur mauvaise conduite. De septembre 1941 à mars 1942, ils durent affronter des températures d'hiver extrêmement basses auxquelles le climat de Cochinchine les avait certes bien peu préparés. Les intempéries et les vents, dont on sait la particulière violence dans cette région de France, ajoutaient encore au froid.

Les moyens de protection, déjà insuffisants, devinrent absolument nuls très rapidement, lorsque les travailleurs, dont le degré d'insouciance est inimaginable, eurent vendu, malgré les interdictions et les sanctions sévères, leurs couvertures et leurs effets. Confinés ainsi à l'état de misère dans des locaux sans hygiène et sans chauffage ou presque, ils ne sortaient que pour rejoindre leur travail distant souvent de 4 à 8 kilomètres, et effectuaient cette distance presque pieds nus, par tous les temps.

Enfin ils furent soumis, pendant cinq mois environ, au dur travail de la récolte du sel dont l'exploitation à la chaîne ne tolère aucune défaillance.

Exposés à un climat très rigoureux, sans moyens de protection, tenus d'effectuer par tous les temps un travail des plus pénibles, ces travailleurs, loin d'utiliser la ration alimentaire normale qui leur était octroyée, n'hésitaient pas encore, avec indifférence, à vendre sur les chantiers leur part de riz et de viande, espérant par ces pratiques sans doute remplir rapidement les conditions physiques suffisantes pour être rapatriés. Ils n'allaient cependant qu'au devant de punitions renouvelées et de sanctions tout aussi restrictives qui, étant donné leur état d'esprit, n'étaient certes pas pour leur déplaire.

S'il est vrai que toutes les causes secondes que nous nous sommes efforcés d'analyser ont une importance prépondérante ; s'il est vrai que la notion de terrain a, comme nous l'avons dit, la plus grande influence sur

l'orientation de l'infection pulmonaire ; en vertu de ces principes, les travailleurs de la 74^e Compagnie, contre lesquels s'étaient accumulés tous les facteurs de prédisposition possibles, auraient dû se montrer particulièrement sensibles à la tuberculose.

Or, les résultats furent de prime abord déconcertants. Nous nous attendions à une recrudescence de la maladie : deux cas seulement se déclarèrent dès les premières semaines. Le premier, tuberculeux pulmonaire, présentait des lésions bilatérales très étendues. L'autre fit une tuberculose rachidienne, rapidement compliquée de paraplégie flasque ; mais parmi tous les autres travailleurs, nous n'avons jamais trouvé par la suite de lésions tuberculeuses en évolution. Enfin, l'état sanitaire de la Compagnie voisine, dont les conditions d'existence étaient bien plus normales, nous donnait des résultats absolument comparables.

En réalité, sous de fausses apparences, l'influence de toutes ces causes secondes existait. Elle se traduisait non pas, comme nous l'attentions, par des lésions très évidentes, mais par des états, par des petits symptômes qui chez les Indochinois ont fait la preuve de leur rapport avec la tuberculose.

Nous fûmes frappés, lors de l'évacuation générale de la Compagnie, de l'aspect de fatigue de ces hommes, de leur amaigrissement atteignant jusqu'à 20 kilogs, de leur habitus extérieur de tuberculeux. Nous en trouvâmes 68 d'entre eux qui présentaient cliniquement des signes de cortico-pleurite mineure avec un petit épanchement pleural minime, contrôlé par la ponction exploratrice.

Dès lors, le pouvoir tuberculisant de tous les facteurs susceptibles de modifier le terrain nous apparaissait comme certain. Dans notre exemple, si tous ces facteurs n'avaient pas réussi à engendrer de nombreux cas de tuberculose, du moins avaient-ils déterminé chez 29,3 %

de ces travailleurs, les symptômes avant-courcurs de la maladie, et c'était suffisamment éloquent.

Mais cela nous conduisait aussi à d'autres considérations. Si tant d'influences anergisantes accumulées pendant cinq mois sur les mêmes hommes, avec un degré de raffinement extrême, n'avaient réussi à provoquer que des états de « pré tuberculose », c'est qu'un élément collectif, sans doute, était intervenu soit sur le germe pathogène en diminuant son pouvoir d'agression, soit sur le terrain lui-même en le rendant moins tuberculisable. Il était logique et raisonnable d'invoquer les particularités du milieu ambiant où furent plongés, en Camargue, ces travailleurs. Aussi acceptons-nous sans la moindre complaisance, mais au contraire avec la plus grande conviction, l'influence bienfaisante de la mer et du climat marin sur les tuberculoses débutantes.

Les anciens, après les mêmes constatations, conseillaient la navigation à leurs phthisiques. La littérature médicale anglaise nous démontre depuis longtemps l'avantage des longues croisières en pleine mer. LAENNEC n'écrivait-il pas : « Je suis convaincu que dans l'état actuel de la science, nous n'avons pas encore de meilleurs moyens à opposer à la phthisie que la navigation et l'habitation des bords de la mer dans les climats doux ». N'était-ce pas en vertu de ce principe qu'il essayait avec succès, dans une petite salle de l'Hospice Clinique de la Charité, l'établissement « d'une atmosphère marine artificielle à l'aide de varec et de goëmons frais », et comme le disait BROUSSAIS, « sans doute n'avait-il pas perdu encore l'espérance, puisque fort peu de temps après avoir publié son édition, il est allé, lui phthisique, finir ses jours dans la baie de Douarnenez ».

De nos jours l'efficacité de la cure marine est universellement reconnue dans les tuberculoses chirurgicales. La création d'innombrables établissements hélio-marins

démontre la justesse de cette conception. C'est assez dire l'importance que tout le monde donne à l'influence favorable de la mer sur certaines tuberculoses. Nous pourrions multiplier les exemples, mais nous pensons que ceci est amplement suffisant pour nous autoriser à faire jouer au climat marin un rôle de premier plan sur les faits que nous avons exposés.

Nos 300 Indochinois eurent à subir pendant cinq mois son influence. En permanence ils furent pour leur travail au bord immédiat de la mer, où l'influence marine est plus rude mais plus réelle qu'à quelques kilomètres à l'intérieur des terres. C'eût été ne pas présenter avec ressemblance leur situation aux Salins que d'avoir négligé l'action certaine de ce facteur. C'eût été aussi ne pas savoir profiter d'une expérience que de n'avoir pas signalé, dans l'intérêt général, son rôle particulièrement bienfaisant. Mais si nous l'admettons il faudra, pour nous conformer aux résultats de notre expérience, penser que :

1° L'influence de la mer peut prévenir ou retarder l'apparition d'une tuberculose grave chez des sujets en état d'anergie.

2° Il n'est pas nécessaire que le climat marin soit doux ou tempéré pour avoir une action favorable.

3° S'il convient aux tuberculoses chirurgicales, il est aussi tout à fait indiqué dès que les premières manifestations pleuro-pulmonaires de la maladie qu'il stérilise en quelque sorte. Nos 68 prémalades n'ont depuis six mois, en effet, présenté aucune localisation tuberculeuse nouvelle.

CHAPITRE III

LES ASPECTS DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES TRAVAILLEURS INDOCHINOIS VIVANT EN FRANCE

A. — GENERALITES

Les formes de tuberculose constatées en France chez les travailleurs indochinois ne sont que le reflet d'une tuberculose autochtone plus ou moins déformée par une longue transplantation. Aussi, après avoir insisté longuement sur les principaux facteurs qui nous semblaient liés à cette transplantation, nous efforcerons-nous de fixer la physionomie particulière de la maladie.

C'eût été chose difficile et bien aléatoire si nous n'avions pris la précaution de retarder au maximum le jour de sa publication. Le recul nous semble actuellement suffisant pour nous permettre d'exposer, avec toutes les garanties, les aspects de la tuberculose chez nos Indochinois. Notre but essentiel sera alors non seulement de grouper en une même étude les formes habituelles de la maladie, mais aussi et surtout d'exposer les profondes modifications pathologiques encourues et de montrer la gravité considérable qu'elle revêt par certains côtés chez ces indigènes.

Il nous paraît cependant utile auparavant de préciser d'une part le degré d'extension de l'imprégnation tuberculeuse chez nos travailleurs, d'autre part d'évoquer l'évolution générale si troublante de la maladie.

B. — *DEGRE D'IMPREGNATION TUBERCULEUSE*

La détermination d'un index tuberculinique ne peut faire double usage avec les recherches pratiquées dans les différentes régions de l'Indochine. Les innombrables causes de contamination auxquelles furent soumis nos travailleurs eurent pour effet immédiat de perturber tous les pourcentages. Aussi avons-nous cru nécessaire de nous livrer à la recherche de l'index général actuel. S'il eût été intéressant de suivre son évolution dès l'arrivée en France de nos Indochinois, les moyens médicaux ne l'ont toutefois pas permis, et nous n'avons pu extérioriser de façon suivie les modifications du terrain. Néanmoins, dans le courant de l'année 1941, nous avons pratiqué en série d'innombrables intradermo-réactions à la tuberculine sur différentes catégories de travailleurs.

L'index trouvé fut de 92 %.

Son taux, par conséquent beaucoup plus élevé qu'en Indochine, sous-entend chez de nombreux travailleurs l'acquisition d'une immunité allergique récente, et laisse de ce fait entrevoir certaines modifications de fréquence et de forme dans le tableau général de leur tuberculose.

C. — *EVOLUTION GENERALE*

Si nous savions que cette affection était en Indochine une maladie commune et un facteur très important de morbidité, nous étions loin de soupçonner l'allure véri-

tablement inquiétante qu'elle allait revêtir chez les mêmes individus transplantés en France.

Son extension progressive, la multiplicité sans cesse croissante des cas de tuberculose, posent ici un véritable problème social, dont la solution est délicate et parfois angoissante.

Sans vouloir établir un bilan complet et définitif de la tuberculose dans notre collectivité d'Indochinois, nous pouvons cependant apprécier avec une précision relative l'évolution générale de cette affection.

Parmi 917 malades rapatriés de 1940 à septembre 1941, 304 d'entre eux présentaient des lésions tuberculeuses confirmées cliniquement et radiologiquement. La plupart des autres laissaient paraître une imprégnation manifeste.

Actuellement, pour la seule base de débarquement de Marseille, nous pouvons dénombrer 158 tuberculeux graves, traités soit à l'Hôpital Le Dantec, soit dans un sanatorium voisin ; 200 autres malades restent encore en observation et nous semblent voués à une tuberculose prochaine.

La proportion des tuberculeux relative à l'ensemble du contingent est trop imprécise pour avoir une valeur réelle. Par contre, la même proportion par rapport à l'ensemble des hospitalisations est instructive. Elle s'élève à 14,6 % pour notre hôpital, alors qu'en Indochine les mêmes recherches effectuées dans des conditions analogues donnent seulement une proportion de 2 à 5 %.

Enfin, l'accroissement de la morbidité est manifeste. De 84 pendant la première année de séjour, les cas de tuberculose diagnostiqués passent à 219 pendant la deuxième année et à 258 pendant les neuf premiers mois seulement de la troisième année.

L'étude de la mortalité nous fournit encore des chiffres bien plus saisissants.

Sur 112 décès à l'Hôpital Le Dantec, 99 sont dus à la tuberculose, soit une proportion de 88,4 %.

Sur 302 décès constatés jusqu'ici dans l'ensemble des formations indochinoises, la proportion des décès par tuberculose est à peu près la même, bien qu'un peu moins précise.

Le taux moyen de mortalité par année s'élève à 278 décès pour 100.000 individus.

Le taux de mortalité pour les neuf premiers mois seulement de l'année 1941 s'élève déjà à 318 décès pour 100.000 individus.

Il est donc deux fois plus élevé que sur les statistiques françaises les plus récentes. Et cependant la France n'est-elle pas le pays d'Europe où la mortalité par tuberculose est la plus forte ?

Cette mortalité, enfin, subit chaque année une progression remarquable, comme nous le prouve le tableau suivant :

MORTALITE A L'HOPITAL LE DANTEC

Année		1940	1941	1942	Total
		9 1 ^{ers} mois			
Décès par tuberculose	pulmonaire	10	30	31	71
	osseuse		2	10	12
	méningée	3	4	4	11
	péritonéale		1	4	5
Total....		13	37	49	99
Décès d'une autre affection....		1	5	7	13

Ainsi l'évolution générale de la tuberculose chez les Indochinois transplantés se présente sous un jour très sombre.

Deux caractères principaux nous frappent :

1° L'augmentation annuelle considérable tant de la morbidité que de la mortalité par tuberculose ;

2° Sa fréquence bien supérieure aux plus fortes statistiques de France et d'Indochine.

Seule la transplantation de ces hommes loin de leur pays peut expliquer des variations pathologiques aussi importantes et aussi fâcheuses.

D. — DIFFERENTES FORMES DE TUBERCULOSE

Abordant l'étude de la tuberculose chez les Indochinois, nous croyons nécessaire de la scinder en ses différentes formes, de façon à simplifier le sujet ; mais à l'occasion de chacune d'entre elles, notre silence vis-à-vis de toute autre lésion tuberculeuse n'exclut pas nécessairement son apparition à un moment quelconque. Malgré cet artifice de présentation, nous n'éliminons pas la possibilité de coexistence, chez le même individu, de foyers tuberculeux variés. Ainsi, la tuberculose se présente chez nos travailleurs sous des formes diverses ; nous avons pu en grouper la fréquence respective dans le tableau d'ensemble ci-dessous :

Formes	Malades rapatriés	Malades décédés à l'hôpital en traitement	Malades	Total
Pulmonaire	124	71	51	246
Pleurale	52		43	95
Ganglionnaire	97		34	131
Osseuse	23	12	20	55
Péritonéale	6	5	8	19
Méningée		11	2	13
Rénale	1			1
Cutanée	1			1
Total	304	99	158	561

Ceci correspond à la proportion suivante :

Tuberculose pulmonaire	60,9 %
» ganglionnaire ..	23,4 %
» osseuse	9,9 %
» péritonéale	3,4 %
Autres formes	2,4 %

Nous en tirerons les deux remarques suivantes :

1° La tuberculose pulmonaire domine de très loin toutes les autres formes ;

2° La proportion établie est sensiblement la même qu'en Indochine à quelques variations près.

Ce n'est donc pas en une répartition différente de toutes ces formes que consisteront les modifications pathologiques annoncées mais en une augmentation de la fréquence globale de la maladie, comme nous venons de le dire, et surtout en des variations cliniques plus ou moins importantes et graves, suivant le mode de tuberculose.

I. — TUBERCULOSE PULMONAIRE

Parmi toutes les formes de tuberculose des Indochinois, les localisations pulmonaires ont été observées avec une telle fréquence qu'elles méritent en tout premier lieu de retenir notre attention.

Le seul examen du tableau précédent nous montre avec quel relief elles se distinguent de toutes les autres formes. En France comme en Indochine, c'est là le plus grand facteur de morbidité comme c'est aussi la plus grande cause de mortalité.

Mais pour être les plus fréquentes, les formes de tuberculose pulmonaire n'en sont cependant pas moins assez banales chez les Indochinois. Elles évoquent dans

l'ensemble le tableau de la tuberculose chronique de l'Européen. Comme lui il s'agit surtout d'une tuberculose fibro-caséeuse. Aussi son étude chez nos indigènes n'aurait-elle qu'un minime intérêt, si nous ne nous propositions moins d'en faire une description complète que d'en révéler les différentes particularités et d'en dégager sa note locale.

MODES DE DÉBUT.

Dans un grand nombre de cas, les premières manifestations de tuberculose apparaissent lentement, insidieusement, comme il est classique. C'est d'abord une asthénie qui se constitue progressivement et peut devenir extrêmement intense, une inapétence prolongée qui entraîne fatalement un amaigrissement léger, une température vespérale, des sueurs nocturnes avec insomnie, des douleurs rétro-sternales qui provoquent une sorte de malaise respiratoire et que le malade ne manque pas de signaler en tout premier lieu ; enfin une toux variable entraînant parfois une expectoration. Ces signes, malgré toute la valeur qu'il faut leur attribuer, seraient néanmoins assez peu persuasifs si nous n'avions à leur associer un élément très caractéristique : l'aspect extérieur du malade.

Cet aspect, très accessible à un œil exercé, est un excellent moyen de dépistage d'une tuberculose pulmonaire chez l'Indochinois. Il demande sans doute plus de finesse dans son appréciation, plus de perspicacité dans son examen que chez nos coloniaux de race noire, où il se révèle alors évident. Mais il est bien rare que les premières manifestations de la maladie n'aient pas leur retentissement sur l'habitus extérieur du sujet, et si les cas de tuberculose floride existent chez nos indigènes, ce ne sont cependant que l'exception.

Ces premières modifications extérieures de l'individu réalisent un complexe qui nous a permis maintes fois le dépistage rapide de tuberculeux. En médecine de collectivité et en médecine coloniale plus qu'ailleurs peut-être c'est un élément d'une réelle valeur. Il est tout d'abord fait d'un amaigrissement global portant sur les espaces cellulo-grasieux, accentuant ainsi d'une façon générale les saillies et les méplats ; sur le tissu musculaire qui perd son galbe et son tonus habituel ; enfin sur la peau qui se laisse plus facilement plisser et distendre, perd son poli normal, devient relativement sèche et squameuse. Un certain degré de pâleur s'ajoute toujours à l'amaigrissement. Visible au niveau des muqueuses, il crée au niveau de la peau des modifications de teinte appréciables, la rend plus plombée, plus grisée, de coloration moins franche. En dehors de ces deux modifications principales, les cheveux peuvent être moins brillants, secs et poussiéreux, l'œil moins vif, le regard terne et triste ; mais ce sont là des signes qui ne s'observent que plus tardivement et perdent de ce fait beaucoup de leur intérêt.

Dans l'ensemble, nous retiendrons comme argument de grande valeur en faveur d'une tuberculose débutante l'amaigrissement et les modifications d'aspect de la peau. Ces signes enrichissent sans aucun doute le tableau d'imprégnation bacillaire de l'Indochinois et pour n'avoir peut-être pas la constance et l'évidence que leur attribuait BORREL dans la pathologie du noir, ils sont cependant loin d'être négligeables et très accessibles après quelques investigations.

Ainsi, les signes d'imprégnation bacillaire tels que nous venons de les définir, sont souvent les premiers symptômes d'une tuberculose pulmonaire. Dans un grand nombre de cas, ils existent avant que les lésions tuberculeuses évolutives ne soient cliniquement décéla-

bles. De leur connaissance découlera le déclenchement des mesures prophylactiques et thérapeutiques précoces. C'est pourquoi il est nécessaire de ne pas les négliger.

Dans un grand nombre de cas aussi, ils coïncident avec des lésions décelables, mais peu caractéristiques, ils seront un argument de plus de suspicion de tuberculose. Enfin leur absence, parfois même en cas de lésions très importantes, ne nous étonnera pas, puisque nous avons déjà signalé précédemment l'existence de formes florides de tuberculose.

BORREL, lorsqu'il indiquait les différents moyens de dépistage précoce de la tuberculose du « Sénégalais », nous indiquait comme le signe le plus précoce peut-être la présence d'un ou plusieurs ganglions sus-claviculaires qu'il retrouvait dans une grande majorité de cas. Bien que cette constatation faite dans les camps de Fréjus nous fut rapportée par AUCLERT comme d'une rareté exceptionnelle chez le noir d'A.E.F. et ramenée par LAURENCE à 10 % ou 12 % des cas seulement, il nous a paru intéressant de rechercher ce test chez nos travailleurs Indochinois.

S'il nous a été permis de constater un très grand nombre d'adénopathies sus-claviculaires, il nous a semblé que la plupart du temps il s'agissait d'adénopathies bacillaires isolées ne s'accompagnant ni de lésions pulmonaires évolutives, ni d'adénopathies trachéo-bronchiques même. Le ganglion sus-claviculaire, quand il est le témoin d'une tuberculose pulmonaire, n'apparaît que tardivement alors que les lésions sont très évoluées et la maladie déjà diagnostiquée. Il ne saurait alors être considéré comme un signe précurseur de tuberculose pulmonaire. Quelquefois cependant, il nous a été possible de constater l'apparition d'une adénopathie sus-

claviculaire chez des sujets atteints d'une pleurite apicale visible radiologiquement. Nous ne pensons donc pas que ce signe puisse constituer un réel moyen de dépistage d'une tuberculose pulmonaire. Mais ceci ne signifie pas néanmoins qu'un individu porteur d'adénite sus-claviculaire puisse être considéré comme indemne de tuberculose pulmonaire. Bien au contraire, il ne faudra jamais hésiter d'en rechercher la possibilité.

A l'opposé de ce mode de début lent, les premières manifestations de tuberculose chez les Indochinois peuvent apparaître assez aiguës ou subaiguës, évoquant des cortico-pleurites.

Les nombreuses cortico-pleurites auxquelles nous avons assisté ont fait le sujet d'une thèse qu'a développée récemment notre camarade GAUDIBERT. Nous n'en rapporterons donc brièvement que leurs caractères particuliers.

Parmi plus de 200 cortico-pleurites observées, les unes majeures, un quart des cas présentaient un syndrome pulmonaire d'un mois et demi environ ; les trois-quarts réalisaient une forme de cortico-pleurite très originale, où le syndrome pulmonaire était presque inexistant et le syndrome pleural prolongé mais extrêmement léger ne se traduisait que par un épanchement pleural minime, avec des petits signes liquidien très limités aux bases. Sur ce lot abondant de cortico-pleurites, dans 8,5 % des cas, une tuberculose pulmonaire ou extra-pulmonaire est venue obscurcir l'évolution habituellement plus favorable de ce symptôme.

Dans ces cas, quelle que soit la localisation de la maladie, il semble que le syndrome cortico-pleural du début, même très minime, soit de mauvaise augure ; la tuberculose en est toujours aggravée et l'évolution écourtée. Si la grande majorité des cortico-pleurites néanmoins se termine par la guérison, il n'en est pas

moins vrai que par ses modalités cliniques et évolutives elles sont certainement de nature tuberculeuse et doivent entraîner une mise en surveillance prolongée.

Dans l'ensemble, chez les Indochinois, les cortico-pleurites sont extrêmement fréquentes. Elles s'accroissent sans cesse chaque année en même temps que les cas de tuberculose. Elles tirent leur intérêt de leurs formes mineures assez méconnues dont le diagnostic difficile pourrait ne pas être fait ; de leur pronostic enfin, soit favorable, la cortico-pleurite n'est alors qu'un signe d'alarme ; soit défavorable par la possibilité d'apparition d'une tuberculose grave : tuberculose pulmonaire dans les cas de cortico-pleurites majeures, extra-pulmonaire de préférence, dans les cas de cortico-pleurites mineures.

Qu'elles soient la marque d'une défaillance des résistances, comme nous le pensons pour les cortico-pleurites mineures, où que leur importance soit suffisante pour engendrer une rupture d'allergie, de toute façon, ce sont des manifestations de tuberculose auxquelles il est nécessaire de se familiariser chez les Indochinois, car on les côtoie à tout moment, et car aussi il est indispensable de bien connaître les conséquences graves que peuvent avoir chez eux un tel syndrome, son intensité si minime soit-elle.

S'opposant aux modes de début insidieux que nous avons décrit et aux modes de début subaigus caractérisés par un léchage de la corticalité du poumon avec faible participation pleurale, la tuberculose pulmonaire des Indochinois peut débiter d'emblée par des phénomènes très aigus sans caractère fluctuant et qui évoluent progressivement sans rémission vers la mort. Ce sont là néanmoins des éventualités peu fréquentes.

I. FORMES CLINIQUES HABITUELLES

1° *Formes fibro-caséuses.*

La forme la plus habituelle de tuberculose pulmonaire chez les Indochinois est une tuberculose fibro-caséuse. Aux lésions extensives caséifiantes s'associe un processus contre-extensif de sclérose qui tend à les endiguer, d'où les aspects de sclérose péri-bronchique, de tramite, de travées scléreuses diffuses, de cavernes surtout. Il nous suffira de rapporter quelques observations de malades choisies parmi les plus caractéristiques pour en établir cet aspect.

OBSERVATION N° 1

Nguyen Thanh, Annamite âgé de 34 ans, entre à l'hôpital le 16 décembre 1934. Il présente des signes d'impregnation bacillaire : asthénie, amaigrissement de 2 k. 5, toux, température vespérale, insomnie, depuis un mois environ.

Au niveau du sommet droit, nous constatons de petits craquements perceptibles en dedans de l'omoplate, sous la clavicule et dans l'aisselle, une tonalité élevée de la voix et de la toux ; à ce niveau une expiration un peu soufflante, de la submatité, des vibrations vocales très augmentées.

Sur des radiographies successives (23-12-41, 15-1-42) nous décelons une infiltration massive de la moitié supérieure du poumon droit, limitée en partie à la scissure avec de grosses excavations. Le lobe moyen est également lésé de façon plus discrète et contient une caverne limitée par un liseré très opaque. A gauche, une infiltration nodulaire disséminée à tout le poumon.

L'examen de crachats est positif.

Du 16 décembre jusqu'au 16 février, c'est-à-dire durant deux mois, la température est désordonnée entre 37° et 38°. Après ce laps de temps, elle se fixe à 37°. Par conséquent, depuis la poussée du début qui a laissé le malade amaigri de 10 kilos, il semble que le processus évolutif se

soit arrêté depuis 5 mois. C'est du moins ce que tend à prouver l'examen de tous les signes fonctionnels et généraux.

*
**

OBSERVATION N° 2

Ngo May, Cochinchinois, 25 ans, entre à l'hôpital le 13 février 1942. Il a maigri récemment de 6 kilos. Il présente des signes d'imprégnation bacillaire, tousses et rejette des crachats hémoptoïques. La température est à 37°5. Tous ces signes sont d'apparition récente. Il est difficile d'en faire préciser le début exact. Mais de toute façon, il a travaillé jusque-là dans une poudrerie, et on ne relève chez lui aucun antécédent pathologique.

L'examen révèle quelques modifications pulmonaires limitées au sommet droit, une submatité légère, des vibrations vocales un peu augmentées, un petit foyer de râles fins perceptible sous la clavicule droite, une résonance particulière de la voix et de la toux, qui semblent à la fois plus rapprochées et modifiées dans leur timbre. L'examen est par ailleurs normal.

Une radiographie du 24 février confirme les signes cliniques de suspicion de tuberculose, et montre une infiltration nodulaire intéressant tout le lobe supérieur droit, et en voie d'excavation par endroit. Ces nodules, de volumes divers, s'associent à des images de sclérose péri-lobulaire. D'autre part, il existe une pleurite apicale et médiastinale, avec attraction de la partie supérieure du médiastin. Par ailleurs, à gauche, une infiltration beaucoup plus discrète juxta-hilaire. L'évolution est chronique. La température de début cède au bout de 20 jours pour prendre un caractère absolument normal. L'état général s'améliore ; le malade reprend 3 kilos, qu'il conserve encore au bout de 6 mois. L'expectoration cesse sans avoir jamais révélé la présence de B. K. à des examens répétés.

*
**

OBSERVATION N° 3

Nguyen-Tuc, Cochinchinois, âgé de 30 ans, entre à l'hôpital le 16 décembre 1941. Il présente depuis une quinzaine

de jours une fatigue générale, de la toux, des douleurs rétro-sternales. Il est d'une pâleur extrême. Cliniquement, sa température à 39° nous paraît expliquée par un foyer de congestion pulmonaire gauche. On perçoit, en effet, sur toute l'étendue du poumon gauche, aussi bien à la base qu'au sommet, sous la clavicule, de nombreux râles crépitants fins. Les vibrations vocales sont très augmentées.

La température redescend cependant le troisième jour à 37°, alors que les signes d'auscultation se transforment ; les râles du début persistent à la base gauche. Mais au sommet gauche apparaissent des craquements, surtout perceptibles en avant.

Des radiographies du 31 décembre 1941 et du 17 janvier 1942 confirment le diagnostic de tuberculose pulmonaire fibro-caséuse. Tout le poumon gauche est infiltré de nodules tuberculeux en voie de caséification. Le lobe supérieur gauche présente un groupe de quatre cavernes, dont une relativement plus importante. Le sommet gauche est rétracté, pachy-pleurisé. Le pédicule vasculaire attiré vers le côté gauche.

Pendant sept mois, l'évolution se montre excessivement chronique. Après l'épisode fébrile du début, il persiste pendant un mois encore une fébricule ne dépassant pas 37°5, puis la température devient absolument normale. L'état général du malade est excellent ; son poids augmente de 2 k. 5 après l'institution d'un pneumothorax artificiel. Dans le courant de ces sept mois, on relève deux hémoptysies de moyenne abondance.

*
**

OBSERVATION N° 4

Tong-Chu, Annamite, âgé de 28 ans, est hospitalisé à Le Dantec, le 14 novembre 1941. Il présente alors de la toux, de l'asthénie, un amaigrissement léger, une certaine anorexie. Il a déjà été hospitalisé en juin 1941 à A... pour les mêmes raisons, paraît-il.

Nous lui trouvons cliniquement des signes de condensation du sommet droit : matité, augmentation des vibrations vocales, retentissement de la toux et de la voix, associés à des craquements perceptibles après la toux, dans la région sous-claviculaire, et à un souffle audible en avant

comme en arrière. A ce même niveau, sur une radiographie faite le 20-2-41, nous trouvons une image de lobite supérieure droite, se limitant nettement à la petite scissure, et centrée par une cavité de grande dimension. De plus, une adénopathie hilare bilatérale.

L'évolution est caractéristique par poussées fébriles, entrecoupées de périodes de stabilisation. Depuis novembre, nous avons assisté ainsi à quatre périodes fébriles ne dépassant pas 38°, mais s'étalant chacune presque en plateau sur une durée d'un mois environ.

Durant ces poussées, la recherche des B. K. dans les crachats est toujours positive.

Des hémoptysies de moyenne abondance se sont manifestées à six reprises.

L'état général du malade, après 10 mois d'hôpital, est relativement bon. Un léger amaigrissement de 2 kilos persiste néanmoins.

Nous pourrions multiplier à l'extrême les observations de ce genre. Elles nous montreraient que le tableau de la tuberculose pulmonaire répond chez les Indochinois au type fibro-caséux. C'est en effet une infiltration nodulaire, souvent à point de départ hilare, qui se propage dans les poumons de façon variable. Tantôt les lésions tendent à respecter la topographie lobulaire ou zonulaire des poumons. Tantôt elles présentent un caractère d'emblée extensif, sans limitation nette. D'où deux types assez différents.

Le premier type comporte une tendance longtemps localisatrice des lésions sur un seul lobe pulmonaire. Le lobe supérieur droit est en l'occurrence le lobe d'élection. Le lobe supérieur gauche est moins souvent atteint.

Secondairement, les lésions peuvent dépasser les limites fixées et envahir le parenchyme sain. Cependant, malgré cette extension, et jusqu'à un stade très avancé, elles restent prédominantes au lobe initialement intéressé.

Dans un deuxième type, les lésions sans localisation

précise sont d'emblée disséminées en plus ou moins grand nombre dans les deux territoires pulmonaires. Il s'agit alors le plus souvent d'un complexe d'images d'adénopathies hilaires, de sclérose péribronchique, de nodules calcifiés, de nodules jeunes évolutifs en voie de caséification. Ce polymorphisme anatomo-pathologique fréquent est la conséquence de lésions d'âge différent et schématise le caractère de chronicité habituel chez nos Indochinois. Quel que soit le type extensif ou limité auquel répond la tuberculose pulmonaire, elle réalise à un stade plus avancé de véritables foyers d'infiltration. Ces foyers sont formés de la conglomération de nodules tuberculeux en voie de caséification, plus ou moins noyés dans des zones d'alvéolite et enchevêtrés de réactions scléreuses cicatricielles. Ainsi nous est-il possible de constater parfois l'existence d'un foyer massif unique, intéressant en majeure partie un lobe pulmonaire, alors que dans d'autres cas, les foyers d'infiltration sont plus nombreux, disséminés et plus petits pour ne former que très tardivement, par leur réunion, un foyer secondairement massif.

L'aboutissement habituel chez nos Indochinois d'un foyer d'infiltration tuberculeux est la caséification suivie de l'excavation des lésions. Les cavernes pulmonaires sont très fréquentes. Uniques ou multilobées, superficielles ou profondes, elles intéressent en général le centre d'un foyer d'infiltration important, mais ce foyer tuberculeux peut se limiter parfois à un halo minime péri-cavitaire, et ainsi une grosse splénique peut être entourée d'un parenchyme pulmonaire à peu près sain. C'est là le type de la géode de CRUVEILHIER, de la fistule cicatricielle de LAËNNEC.

En dehors de la création de cavernes, le processus fibreux, si général chez tous les malades, réalise des images de tubercules fibreux, parfois caséifiés, de tra-

vées scléreuses, de sclérose pleurale souvent très importante, enfin de véritables formes fibreuses de tuberculose fibro-caséuse sur lesquelles nous reviendrons.

L'évolution répond parfaitement au type de tuberculose fibro-caséuse. Echelonnée sur de longs mois, elle dure en moyenne de 8 à 12 mois depuis le dépistage des lésions. L'évolution par poussées successives est la règle. Les poussées dont les unes sont de quelques jours, les autres de plusieurs mois, se manifestent par une température épousant tous les types : en plateau, oscillante, ondulante, irrégulière. Pendant ce temps, les lésions s'étendent, les signes cliniques se transforment, les signes fonctionnels et généraux s'aggravent, l'expectoration plus fréquemment bacillifère s'accroît. La courbe de poids subit une défervescence. Deux, trois, jusqu'à dix poussées dans certains cas, viennent ainsi accider le cours inexorable de la maladie, portant atteinte chaque fois aux résistances du sujet et le laissant plus affaibli.

Un incident fréquent et banal chez les Indochinois, c'est l'apparition d'une hémoptysie. Nous n'avons observé que trois cas d'hémoptysie abondante mortelle chez des tuberculeux cavitaires. Dans tous les autres cas, il s'agissait d'hémoptysie de faible ou de moyenne abondance, mais la fréquence des hémoptysies ne dépasse pas 30 % des cas, si nous ne tenons pas compte des expectorations hémoptoïques épisodiques constatées si souvent. Cette proportion qui supporte la comparaison avec nos formes de tuberculose européenne ne nous semble pas répondre tout à fait aux constatations faites par MONTEL en Indochine. Si cet auteur affirmait la fréquence plus grande des hémoptysies qu'en Europe, et en faisait même « une forme d'une aptitude particulière de l'indigène aux hémorragies », c'est que peut-être il limitait son enquête à la Cochinchine, et encore

cette tendance hémoptysique ne nous est-elle pas apparue aussi évidente chez nos Cochinchinois tuberculeux résidant en France.

Ainsi, parmi les formes de tuberculose pulmonaire habituelles, la plus classique chez les Indochinois est la forme fibro-caséuse. Les lésions sont identiques à celles que nous voyons de coutume chez les Européens. La formation de cavernes est tout aussi fréquente. Les hémoptysies surviennent dans la même proportion. L'évolution se fait par poussées successives, et sa durée moyenne ne dépasse pas un an.

2° *Formes fibreuses.*

Si la participation fibreuse défensive ou extensive du poumon nous était apparue déjà importante dans la forme précédente, dans un certain nombre de cas elle nous paraît être même l'essentiel des lésions tuberculeuses.

En voici tout d'abord l'exemple courant d'un tuberculeux suivi depuis neuf mois, qui présente des lésions fibreuses pleuro-pulmonaires très étendues et dont le processus pathologique semble actuellement stabilisé malgré de rares épisodes évolutifs, presque sans traduction clinique.

OBSERVATION N° 5

Nguyen Dinh Phien, Annamite, 38 ans, est évacué de F... le 29 décembre, après une hospitalisation de deux mois. C'est un malade un peu amaigri qui présente toute la gamme des signes d'imprégnation bacillaire et dont la toux ramène une expectoration muco-purulente.

L'examen pulmonaire nous révèle : à la base droite, des signes de pachy-pleurite.

Radiologiquement, on constate : des séquelles pleurales diffuses avec reliquat d'épanchement et grosse pachy-pleurite axillaire, des séquelles fibreuses de la partie interne de

la base droite, des séquelles fibreuses parenchymateuses limitées au lobe supérieur droit, avec présence, au centre, d'une splénonque de moyen volume. Du côté gauche, un agglomérat de nodules à la partie moyenne du poumon.

L'état général du malade s'améliore rapidement, son poids augmente de 3 kilos.

La température est stable, ne dépassant pas 37°.

Néanmoins, à deux reprises, au cours de ces sept mois d'hospitalisation, nous avons pu assister à deux petites poussées évolutives durant peu de jours et se traduisant par quelques signes fonctionnels, une minuscule recrudescence de température à 37°5, une expectoration bacillifère.

Le processus fibreux, dans quelques cas, est particulièrement envahissant, réalisant une forme de tuberculose à évolution extrêmement lente et relativement bien supportée. Tel est le cas de ce malade dont la tuberculose remonte à une quinzaine d'années.

OBSERVATION N° 6

Nguyen Ngoan, sous-officier, 48 ans, entre à l'hôpital Le Dantec le 19 septembre 1941, pour fatigue, asthénie, toux légère, avec expectoration. Il y a 15 ans qu'auraient débuté en Indochine les premiers symptômes pulmonaires bien difficiles d'ailleurs à faire préciser.

Cliniquement, l'examen pulmonaire révèle des signes de tuberculose prédominant du côté droit, mais atteignant aussi le sommet gauche. En effet : sur l'étendue des deux tiers inférieurs du poumon droit, on constate la présence de frottements avec diminution du murmure vésiculaire ; au niveau du tiers supérieur, un petit souffle d'allure cavitaire assez superficiel, entouré d'un réseau de râles crépitants. Du côté gauche, seule la respiration est un peu soufflante au niveau du tiers supérieur du poumon où l'on perçoit de plus, en avant, de petits craquements.

Radiologiquement, des radios répétées, en septembre 1941, en février 1942, montrent : un *fibrothorax* droit avec séquelles de lésions pleuro-pulmonaires anciennes entraînant une forte dextrocardie, des séquelles pleurales importantes de la base et du sommet, avec pachy-pleurite,

des séquelles parenchymateuses du sommet droit avec présence d'une caverne assez superficielle, des séquelles fibreuses du sommet gauche.

L'évolution est excessivement torpide ; l'état général du malade s'améliore rapidement ; le poids reste à peu près stationnaire à 62 kilos durant toute son hospitalisation.

La température ne dépasse 37° que pendant un court intervalle d'une dizaine de jours, du 20 au 30 avril, pendant lequel il semble que l'on assiste à une petite poussée évolutive.

L'expectoration devient bacillifère le 20 juin 1941, la bacilloscopie est encore positive, mais l'état général du malade est extrêmement favorable, et l'on n'a assisté jusqu'ici à aucun remaniement lésionnel.

3° *Formes aiguës.*

A l'opposé de ces formes chroniques de tuberculose, il arrive que nous constatons chez les Indochinois des formes à début brusque et à évolution rapide, témoignant une atteinte d'une large tranche de parenchyme pulmonaire par des lésions tuberculeuses excudatives de même intensité. Le tableau rappelle alors celui d'une pneumonie bâtarde qui se prolonge, aboutit à une phase de fonte caséuse et se termine rapidement par la mort. Mais c'est là un mode tout à fait inhabituel chez les Indochinois qui font, nous l'avons dit, une tuberculose pulmonaire plus torpide. Nous ne l'avons constaté que deux fois, nous en rapportons ci-dessous un cas.

OBSERVATION N° 7

Le Van Sua, Tonkinois, âgé de 25 ans, entre à l'hôpital le 17 octobre 1941. Fatigué depuis quelques jours, il présentait une petite toux, des douleurs rétro-sternales, un appétit diminué. Sa température était de 37°2. Brusquement, dès le lendemain, la température monte à 39° ; le pouls est rapide, la dyspnée importante, l'expectoration révèle déjà la présence de B. K.

L'examen clinique, puis radiologique, permet de déceler un bloc de condensation de la partie moyenne du poumon gauche, à type d'hépatisation. La base gauche est relativement respectée.

L'examen pulmonaire, la bacilloscopie positive, l'ensemble des signes généraux permettent de diagnostiquer une pneumonie tuberculeuse et en effet l'évolution, loin d'être cyclique, s'aggrave. La température du début, après les quelques oscillations à 39° des sept premiers jours, se stabilise en plateau à 38°4 pendant un mois, pour ne redescendre à 37° que deux jours avant la mort.

L'évolution est marquée par une expectoration importante muco-purulente très bacillifère ; par une asthénie qui s'accroît considérablement, un poids qui passe de 43 kilos à 36 kilos, soit un amaigrissement de 7 kilos en un mois. La mort survient dans la prostration, l'adynamie, la cachexie, le 19 novembre 1941, après une évolution de 32 jours.

La forme granulique est un peu plus fréquente. Dans un cas il s'agissait d'une granulie pulmonaire généralisée d'emblée. Les trois autres cas consistaient en l'apparition tardive de multiples tubercules chez des sujets atteints d'une tuberculose évolutive. Dans l'observation suivante, nous rapportons le cas d'une tuberculose pulmonaire débutant par une cortico-pleurite minime de la base droite et se terminant par une généralisation granulique. Nous remarquerons de plus l'influence aggravante et déjà signalée de la cortico-pleurite minime initiale sur les lésions tuberculeuses.

OBSERVATION N° 8

Dinh Nguyen, Annamite, âgé de 23 ans, présente le 14 août 1941, une cortico-pleurite mineure de la base droite. Des radiographies successives montrent une réaction ganglio-hilaire droite importante, avec phénomènes congestifs para-hilaires. L'examen des crachats reste toujours négatif.

L'état général s'aggrave.

La température reste oscillante et irrégulière entre 37° et 39°.

Le 6 octobre 1941, soit deux mois après, une nouvelle radiographie, surajouté aux mêmes images pathologiques, apparaît un semis granulique à petits éléments disséminés dans toute l'étendue des deux champs pulmonaires et très dense autour du hile droit.

Le malade meurt le 12 octobre dans la cachexie et l'adynamie.

Ainsi, les formes aiguës pneumoniques ou granuliques sont assez exceptionnelles chez les Indochinois. Leur fréquence s'élève à 4 % des cas seulement. C'est là un des caractères essentiellement distinctifs entre la tuberculose de l'Indochinois et la tuberculose du « Sénégalais » dont BORREL a définitivement fixé le tableau au camp de Fréjus. L'Indochinois fait une maladie chronique, commune, banale, ne se comparant en rien aux formes aiguës de primo-infection du Noir. Les différences de terrain entre ces deux races suffisent amplement à expliquer d'aussi grandes variations pathologiques.

II. — FORMES RECENTES DE TUBERCULOSE PULMONAIRE

Durant tout le cours de nos observations qui portent rétrospectivement sur deux ans et demi, nous avons pu établir de façon certaine le type de tuberculose pulmonaire que font nos Indochinois avec prédilection. Ce type répond aux formes précédentes : formes fibro-caséuses surtout et forme fibreuse ; formes aiguës, beaucoup plus rarement. Cependant, dans l'allure générale et dans l'évolution de ces formes il semble que nous assistions depuis quelques mois à des modifications. C'est de ces modifications que vont se parer ce que nous

appellerons « les formes récentes de tuberculose pulmonaire ». Qu'il s'agisse de tuberculeux nouvellement dépistés ou de tuberculeux fibro-caséux anciens, nous sommes frappés dans certains cas de la résistance moindre de l'individu vis-à-vis de la maladie, de l'évolution plus rapide des lésions, de leur gravité plus grande, de leur extension et de leur envahissement plus importants et plus faciles. En voici quelques cas :

OBSERVATION N° 9

Trinh Van Thieu, Annamite, est hospitalisé à Le Dantec le 23 mai 1942. Il est convalescent d'une cortico-pleurite de la base gauche, contractée un mois auparavant et suivie à l'hôpital de B..., mais il présente déjà des signes cliniques de lésions parenchymateuses gauches ; l'expectoration est bacillifère ; la température reste élevée à 38° pendant 20 jours, pour redescendre ensuite à 37°. L'état général décline rapidement. Le 17 juillet, une nouvelle poussée évolutive apparaît. Une radiographie nous montre alors des lésions étendues aux deux poumons. Aspect de tramite à droite, infiltration nodulaire avec pommelures intéressant tout le poumon gauche. Des examens radioscopiques ultérieurs nous permirent d'assister à l'éclosion de trois images hydro-aériques centrant un gros foyer d'infiltration gauche.

La mort survint le 8 août 1942, soit quatre mois seulement après le début de la maladie et trois mois après l'épisode aigu cortico-pleural du début.

*
* *

OBSERVATION N° 10

Hoang Kin Lieu, Annamite de 28 ans, entre à l'hôpital le 17 janvier 1942. Il présente une cortico-pleurite de la base droite, avec épanchement minime, qui guérit en 20 jours. Il repart en convalescence à l'annexe de l'hôpital, alors qu'une radiographie de contrôle montre des séquelles de congestion pleuro-pulmonaire de la base droite et de la région axillaire droite.

Deux examens scopiques ultérieurs, lors d'accidents fébriles, décèlent un foyer homogène d'abord à la partie moyenne du sommet droit, puis dans tout le poumon droit.

Enfin, rehospitalisé le 20. juin 1942, le malade est en pleine poussée évolutive ; l'infiltration tuberculeuse est généralisée aux deux poumons et réalise un aspect en « mie de pain ». La température persiste aux environs de 38°-39°. L'abattement et l'amaigrissement sont extrêmes.

La mort survient le 20 juillet, soit cinq mois après la fin de la cortico-pleurite initiale.

Le caractère particulier est la rapidité d'extension des lésions à la période terminale.

*
**

OBSERVATION N° 11

Nguyen Van Tan, Cochinchinois, 32 ans. Hospitalisé le 30 mai 1942 pour asthénie, amaigrissement. Il présente à la base droite quelques frottements pleuraux, suite d'une pleurite ancienne. Un examen radiologique traduit une image de pachy-pleurite axillaire et costo-diaphragmatique avec quelques taches surajoutées près du hile droit.

Le 17 juillet 1942, en même temps que l'état général défaille et la température s'accroît, les lésions s'étendent sous forme d'une infiltration nodulaire à tout le champ pulmonaire droit ; l'expectoration devient bacillifère.

Le 8 août 1942, le malade meurt par hémoptysie foudroyante, soit deux mois environ après le début apparent de la maladie.

Il semble qu'il existe ainsi depuis peu des modifications dans le comportement de nos travailleurs annamites vis-à-vis de la tuberculose pulmonaire. La gravité de la maladie s'accroît et son évolution générale est plus prompte. Parmi les cas de tuberculose pulmonaire mortelle, la durée moyenne de la maladie passe à trois ou quatre mois seulement.

Il nous faut remarquer que dans la majorité de ces formes, dites récentes, il existe la notion d'une cortico-

pleurite initiale. Nous avons déjà eu l'occasion de constater dans le courant de l'année 1941 ce facteur de gravité que représente dans certains cas la cortico-pleurite du début. Il semble que cet épisode aigu modifie défavorablement le terrain et crée une plus grande réceptivité de l'individu ; la tuberculose fibro-caséuse classique brûle alors les étapes. Nous sommes autorisés de croire qu'il existe un rapport non seulement de fréquence, mais aussi de gravité entre la cortico-pleurite et la tuberculose qui la suit. Ce premier élément est sans doute le facteur pathologique le plus important dans les modifications récentes constatées.

Cependant, ces formes récentes de tuberculose nous semblent rentrer dans le cadre d'une aggravation plus générale encore, portant sur l'ensemble des cas. Telle tuberculose dont nous suivions depuis des mois le caractère torpide est sujette à des poussées évolutives plus répétées et plus sérieuses. Tel autre sujet cavitairc dont les lésions s'étaient stabilisées sous l'effet d'une collapsothérapie bien conduite, voit ses lésions s'accroître brutalement.

La tendance fibreuse défensive est comme surpassée par une tendance plus extensive des lésions caséifiantes. Les limitations à une partie d'un poumon sont plus rares. Les généralisations aux deux poumons deviennent presque la règle. Les lésions ont à peine le temps de s'excaver que déjà l'envahissement est complet et la mort proche.

Ainsi la tuberculose fibro-caséuse classique glisse alors vers un type franchement caséux.

Mais ces formes récentes de tuberculose pulmonaire ne doivent en rien modifier le tableau qui en a été déjà fait jusqu'ici. La tuberculose pulmonaire indochinoise est et reste une tuberculose fibro-caséuse.

C'est aux conditions de vie, au facteur climatique, à

l'alimentation inévitablement déficiente surtout que tiennent ces modifications récemment constatées. Tous les éléments propres à provoquer l'éclosion d'une tuberculose associent leurs effets à mesure que se prolonge la transplantation de ces travailleurs en France. Il serait impossible et vain d'analyser lequel d'entre eux prédomine. Tous s'accordent pour réaliser un fléchissement des résistances de l'individu. Ce fléchissement ne peut que s'accroître avec la durée du séjour de ces hommes dans la métropole. Le seul remède serait un rapatriement massif.

II. — TUBERCULOSE OSSEUSE

Les formes de tuberculose osseuse que nous avons observées chez les Indochinois de la Métropole nous semblent mériter la deuxième place dans ce tableau général de la tuberculose, sinon par leur fréquence, du moins par leur importance, leur originalité, leur gravité.

Alors que les aspects de la tuberculose pulmonaire se seraient limités à la banalité des formes chroniques habituelles, si nous n'avions essayé d'en faire ressortir la tendance générale à l'aggravation plus manifeste à mesure que se prolonge le séjour de ces hommes en France, les formes osseuses, elles, nous ont frappés par trois caractères essentiels :

— L'apparition, dès la première année de séjour, de formes nouvelles inhabituelles, conséquence sans doute de leur transplantation.

— La gravité de toutes les formes en général, mais plus particulièrement de ces formes nouvelles.

— La sensibilité plus grande et la résistance moindre du système osseux de l'Indochinois vis-à-vis de tous les

facteurs conditionnant le développement de la maladie, ceci entraînant une fréquence proportionnellement plus grande des cas de tuberculose osseuse, mais aussi et surtout des modifications pathologiques importantes qui sont les premières en date dans nos observations.

De sorte que si la tuberculose pulmonaire se superpose dans ses grandes lignes, comme nous l'avons dit, au type européen, et subit comme lui d'ailleurs certaines modifications morbides, bien imputables aux conditions d'existence actuelles, le tableau de la tuberculose osseuse de l'Indochinois est dominé par ces modifications pathologiques. Il s'éloigne du type européen et du type indochinois habituel. Il acquiert une individualité nouvelle. Il comporte de ce fait un intérêt majeur. Nous décrirons successivement :

— Des formes classiques rappelant d'assez près les localisations osseuses que nous avons l'habitude de constater chez les Européens de même âge. Ce seront pour la plupart des formes rappelant les ostéo-arthrites tuberculeuses.

— Des formes dites de transplantation caractérisées :

Par l'électivité des lésions tuberculeuses sur le tissu osseux.

Par la multiplicité des localisations.

Par la gravité extrême de leur évolution.

Cette classification en formes ostéo-articulaires et en formes de transplantation osseuses est néanmoins un peu arbitraire. Certaines ostéites bacillaires mériteraient l'épithète de classiques quand elles restent uniques et d'évolution favorable. De plus, les formes de transplantation ne sont pas toujours des formes osseuses pures, mais peuvent être panachées plus ou moins secondairement d'atteintes ostéo-articulaires. Tout ceci n'est en réalité que l'exception et la discrimination entre localisations ostéo-articulaires et localisations osseuses

persiste puisqu'elle répond plus clairement à l'esprit de nos constatations.

A. — FORMES CLASSIQUES

1° *Ostéo-arthrites des membres.*

Les ostéo-arthrites reconnues de nature tuberculeuse représentent 38,5 % des cas de tuberculose osseuse. Elles sont donc relativement fréquentes en France, alors qu'elles sont très rares, même exceptionnelles dans certaines régions d'Indochine. MONTEL nous signalait déjà ce fait en 1924 chez les Indochinois ayant servi en France.

Certains articles sont atteints avec prédilection :

La tibio-tarsienne	30 %
Le poignet	25 %
Le coude	20 %
La hanche	15 %
Le genou	10 %
L'épaule	exceptionnellement.

Le début est difficile à préciser chez ces travailleurs dont l'intellect est frustré, le mépris de la douleur souvent très grand, l'interrogatoire difficile. Bien souvent le malade n'est examiné que tardivement, alors que l'articulation est douloureuse, chaude, tendue, empâtée. On est étonné de constater parfois la persistance d'une grande mobilité de l'article, bien que les lésions soient cliniquement et radiologiquement très évoluées.

Suivant l'importance relative des lésions articulaires et périarticulaire, il nous semble nécessaire et utile de distinguer deux formes extrêmes dont la symptomatologie, l'évolution, le pronostic sont essentiellement différents.

1° Forme articulaire : Dans cette première forme, les lésions articulaires sont évidentes et se traduisent radiologiquement par des modifications des contours et de l'espace interarticulaire. Par contre, les lésions osseuses de voisinage sont peu étendues. C'est l'arthrite bacillaire typique. La lésion initiale et principale siège au milieu du cartilage.

2° Forme osseuse : Dans ce deuxième cas le remaniement osseux périarticulaire domine. Des zones très étendues de décalcification se superposent à des images de nécrose d'origine allergique. Au centre de ces délabrements spécifiquement osseux, l'articulation semble jusqu'à un stade très avancé, indemne de toute atteinte tuberculeuse. Elle n'est bien souvent envahie que très tardivement par le processus pathologique. Tous les intermédiaires existent entre ces deux formes extrêmes basés sur la précocité de l'atteinte articulaire et sur le degré d'extension des lésions osseuses de voisinage. Mais il est cependant possible de les rapporter à l'un ou l'autre cas.

La distinction que nous nous efforçons de faire entre ces deux formes de tuberculose ostéo-articulaire nous autorise à envisager pour chacune d'elles la probabilité d'une localisation initiale différente. Les localisations d'emblée sur l'articulation elle-même nous semblent rares. Dans 90 % des cas, les premiers foyers de destruction siègent sur le tissu osseux voisin de l'articulation. (Observation n° 12). Ils s'étendent d'abord dans ce seul tissu osseux, puis sautent l'articulation pour atteindre les épiphyses des os en présence, et enfin n'envahissent les cartilages qu'en tout dernier lieu. A ce stade seulement se constitue le tableau d'une véritable tumeur blanche, dont la participation osseuse destructrice et réactionnelle est extrêmement importante par rapport

aux lésions purement articulaires relativement minimes.

Un autre intérêt de cette distinction en deux formes réside en la justification de symptômes assez inattendus : la persistance fréquente d'une grande mobilité au niveau de l'articulation atteinte, l'absence par conséquent de blocage articulaire. Examinant des tuberculeuses ostéo-articulaires très évoluées et souvent même compliquées d'abcès et de fistulation, il nous a été donné maintes fois d'observer l'existence d'une mobilité normale sans limitation et presque sans douleurs, contrastant avec l'étendue et le degré des lésions. C'est qu'en effet, nous l'avons dit, les surfaces articulaires restent très longtemps saines. Si l'importance des réactions périphériques entraîne inévitablement une certaine raideur, une mobilisation faite avec douceur est, dans ces formes osseuses d'arthrite bacillaire, toujours possible.

Jusqu'à un stade très avancé, la fonction du membre est donc en partie conservée. C'est là un grave inconvénient car, d'une part, le malade ne sera alerté que très tard et présentera des lésions déjà anciennes lors du premier examen, car d'autre part, un médecin non averti se trouverait en présence d'un gros écueil s'il n'avait à sa disposition la ressource d'examens radiologiques.

Enfin, ce qui nous semble dominer et légitimer surtout cette distinction en formes osseuses et articulaires, c'est la différence des aspects évolutifs de chacune d'entre-elles et par conséquent, de leur pronostic. Nous avons constaté que dans les cas où l'atteinte articulaire était la première et les réactions osseuses de voisinage peu étendues, l'évolution était en général favorable et tendait à une sorte de limitation des lésions à la seule articulation. Ceci provenait peut-être de ce que ces

malades présentant plus tôt des signes manifestes d'arthrite étaient dépistés dès le début, et qu'une thérapeutique plus rapidement mise en œuvre devenait plus efficace. Mais ce n'était aussi sans doute, en dehors de toute considération thérapeutique, qu'une tendance naturelle de ces formes articulaires à la localisation. Nous avons vu ainsi s'améliorer et bénéficier à temps d'un rapatriement certains de nos malades, peu nombreux du reste, atteints d'arthrite tuberculeuse des membres.

A l'opposé de ces formes favorables, dans la majorité des cas (90 %) l'évolution générale est beaucoup plus grave. C'est qu'il ne s'agit plus seulement d'une atteinte articulaire dont le rôle est de second plan, mais surtout d'une ostéite péri-articulaire. L'endiguement des lésions est moins efficace, leur extension au tissu osseux plus rapide, l'apparition de métastases, sous forme de nouvelles localisations osseuses en particulier plus constante. Le caractère essentiel est, non plus la limitation, mais l'extension croissante du processus tuberculeux envers et contre tout. Ce n'est plus une maladie d'une articulation mais une maladie du système osseux contre laquelle se révèle impuissante, même la thérapeutique la plus radicale, à savoir l'amputation précoce.

Telles sont les impressions générales que nous retirons de l'étude des ostéo-arthrites tuberculeuses des membres.

Insistons tout particulièrement encore sur :

— L'existence de deux formes anatomo-pathologiquement différentes.

— La gravité extrême de la forme dite osseuse contre laquelle toute thérapeutique nous paraît illusoire et n'empêche pas l'apparition de nouveaux foyers et la généralisation.

— La fréquence croissante de cette forme grave par

rapport à la forme articulaire curable. La prolongation du séjour de ces travailleurs Indochinois en France en est sans doute la cause abstraite. Ici comme partout ailleurs elle est un facteur multiple d'aggravation.

2° Tuberculose du rachis.

Si nous n'hésitons pas à classer la tuberculose rachidienne de l'Indochinois dans les formes classiques, c'est que cette localisation spéciale nous a tout d'abord paru supporter l'analogie avec la tuberculose rachidienne de l'Européen. En réalité un examen plus approfondi nous a montré que cette ressemblance était factice et qu'on avait au contraire toutes raisons de les opposer.

Le siège de la lésion est en effet essentiellement différent et explique toutes les divergences radiologiques, cliniques, évolutives, thérapeutiques. C'est avant tout une ostéite vertébrale. L'articulation inter-vertébrale est très rarement la première atteinte. Elle participe sans doute parfois au tableau, mais les lésions périphériques osseuses sont alors si importantes que l'arthrite vertébrale est un épiphénomène sur lequel on ne saurait baser ni des possibilités de diagnostic, ni des possibilités de traitement.

La tuberculose rachidienne de l'Indochinois en France est une ostéite vertébrale tuberculeuse. Elle n'est pas un simple mal de Pott.

Sa fréquence est relativement grande et s'élève à 15 % des cas de tuberculose osseuse.

En règle, les lésions intéressent, au début, une ou deux vertèbres voisines. Nous avons enregistré les proportions suivantes d'après la prédilection pour le segment rachidien intéressé :

Tuberculose cervicale	25 %
» dorsale	20 %
» dorso-lombaire ..	30 %
» lombaire	25 %

A une phase terminale de la maladie, l'extension de proche en proche aux vertèbres sus et sous jacentes est telle que le caractère segmentaire n'existe plus. Les lésions tuberculeuses sont multiples et étagées sur les différentes vertèbres ; nous avons pu compter chez l'un de nos malades jusqu'à six vertèbres atteintes.

Le diagnostic, au début, est excessivement difficile. Le signe qui présente le plus de valeur est la douleur provoquée dont la fixité et la persistance, malgré l'épreuve du repos, s'associe parfois, mais pas toujours, à une rigidité segmentaire relative, à des signes plus généraux d'imprégnation bacillaire et à un petit épanchement pleural, minime parfois, vestige d'une cortico-pleurite ancienne du type mineur. A ce stade de début, la douleur provoquée au niveau de la vertèbre atteinte est donc le seul signe réel. Les phénomènes de radiculalgie sont exceptionnels. Les examens radiologiques sont encore négatifs. De sorte que le diagnostic reste longtemps hésitant.

Et cependant l'ostéite vertébrale existe. Elle siège soit sur le corps de la vertèbre, soit sur l'arc vertébral postérieur, soit sur les apophyses transverses.

Minime au début, elle s'étend concentriquement, devançant et surpassant toute tentative de réaction de la part du tissu osseux. Elle envahit ainsi rapidement tout ou partie de la vertèbre, se caséifie en son centre et réalise un véritable abcès froid intra-osseux dont la coque périphérique s'identifie avec le périoste de l'os et finit par se rompre, entraînant l'apparition de gros abcès et de graves complications médullaires. De plus, le foyer initial s'étend aussi par métastases aux vertèbres voisines, pour ne parler que des localisations vertébrales. C'est là une preuve manifeste de la bacillémie.

L'extension de ces ostéites est très rapide ; l'apparition des complications serait donc en général une sur-

prise si des examens radiologiques répétés ne nous avaient donné au préalable la possibilité de déceler l'étendue des lésions.

Ces lésions intéressent électivement les vertèbres et non les disques inter-vertébraux. Noyés dans un territoire de décalcification intéressant plusieurs vertèbres, des foyers d'ostéite sont visibles sur les radios dans 20 % des cas. Ils se traduisent par un flou ou par des irrégularités des contours osseux, par des géodes ou des déformations en tassement ou en coin. Les ostéites des arcs postérieurs échappent à la radiologie ; celles des apophyses transverses sont mieux visibles. Enfin, exceptionnellement, on pourra observer un pincement d'un disque inter-vertébral ; mais l'atteinte du disque est rare, secondaire, et toujours très tardive. Ce signe précoce de mal de Pott n'aura aucune valeur pour le diagnostic de tuberculose rachidienne chez nos Indochinois.

La difficulté d'interprétation des images radiologiques vertébrales, la rareté des signes de certitude expliquent l'impossibilité fréquente de faire, au début, la preuve de la tuberculose rachidienne. L'extension rapide du foyer d'ostéite, par les complications graves qu'elle entraîne, est alors le seul élément sans doute tardif de certitude.

Parfois, c'est par l'apparition brusque de ces complications que semble débiter la tuberculose rachidienne, la phase de constitution des lésions pouvant rester ignorée même du malade.

Parmi ces complications, il nous semble que les déformations rachidiennes ne sont pas l'apanage de ce genre de tuberculose. Elles se révèlent toujours discrètes, même en cas de lésions très étendues. L'absence de lésions au niveau des disques inter-vertébraux, la prédominance des foyers de destruction sur les réactions

osseuses de défense ne réalisent pas les conditions favorables à la constitution d'une déformation importante.

Les abcès par contre sont très fréquents. Leur siège et leur migration restent classiques. Leur seule particularité est la disproportion qui existe souvent entre l'importance de la suppuration et la petitesse des foyers d'ostéite.

Les paraplégies s'observent plus ou moins précocement dans 80 % des cas. Elles sont la conséquence de compressions médullaires causées, soit par des abcès, soit plus souvent par l'effondrement vertébral. Le siège et l'électivité des lésions sur les corps vertébraux seuls suffit à expliquer à un stade avancé l'écroulement de l'édifice vertébral et la compression médullaire inévitable qui s'en suit.

Tel est l'aspect de la tuberculose rachidienne de l'Indochinois transplanté. A notre sens, c'est une tuberculose spéciale qui demande à être envisagée sous un angle différent de la tuberculose rachidienne du Blanc. Les phénomènes d'ostéite vertébrale dominent. La participation articulaire est un accessoire. Cette notion majeure conditionne non seulement l'aspect clinique de la maladie, mais aussi l'évolution et le pronostic toujours défavorables. Enfin, elle nous explique l'échec de toutes les thérapeutiques jusqu'ici en vigueur. Toutes les règles édictées ne sont plus applicables. Tout traitement orthopédique ou chirurgical est, sinon inutile, du moins vain.

3° *Ostéites des os longs.*

Les ostéites tuberculeuses des os longs sont extrêmement rares. 4 % des cas seulement. C'est pourquoi nous les signalerons sans plus. D'ailleurs, elles évoquent cliniquement les formes européennes. Leur seule particularité est qu'elles peuvent se voir chez des individus

dont l'âge moyen est de 25 ans alors qu'en France elles n'existent pas chez les adultes. Ces ostéites correspondent toutes au type des *spinas ventosas*. La phase initiale est une réaction périostique. Le stade de séquestration apparaît ensuite avec tous ses dangers d'extension et de fistulisation dans les tissus périphériques, et surtout dans les articulations voisines. Certaines de ces ostéites bacillaires, quand elles sont localisées à la région diaphyso-épiphysaire, sembleraient se rapprocher des formes cavernieuses classiques. En réalité, le défaut de réaction périostique s'explique par l'âge du sujet et n'exclut pas la désignation de *spina*.

Les os les plus fréquemment atteints sont le radius et le cubitus ; le fémur et tibia plus rarement ; l'humérus et le péroné exceptionnellement.

En définitive, les formes précédentes, malgré les divergences parfois profondes qui les séparent des aspects de la tuberculose européenne, évoquent dans l'ensemble des formes qui nous sont familières, et c'est pourquoi nous les avons appelées classiques. Compte tenu de la prédominance des lésions d'ostéite sur les lésions articulaires, de l'extension rapide, de la gravité et du pronostic nettement défavorable dans la majorité des cas, ces formes, rares d'habitude chez les Indochinois, n'ont pas été tellement modelées par la transplantation qu'elles ne puissent répondre cependant à un type connu. Il n'en est pas de même des formes spéciales de tuberculose osseuse que nous nous proposons d'étudier maintenant. Ces formes toutes nouvelles nous paraissent conditionnées par le séjour prolongé de ces hommes dans la Métropole et par des conditions d'existence défavorables. C'est pourquoi nous n'hésiterons pas à en faire de véritables formes de transplantation.

B. FORMES DE TRANSPLANTATIONS :

C'est au cours de leur deuxième année de séjour en France que nous avons pu recueillir chez nos travailleurs les premières observations de formes spéciales de tuberculose osseuse. Leur fréquence n'a cessé de s'accroître par la suite jusqu'à atteindre actuellement 42,5% des cas.

Ces formes s'opposent complètement aux descriptions précédentes.

Leurs traits essentiels sont les suivants :

1° La *multiplicité des foyers* d'ostéite tuberculeuse qui éclosent simultanément ou successivement sur des régions diverses du squelette. Elle fait la preuve de la bacillémie. Elle rappelle les formes « polytopes » de MÉNARD connues chez les petits enfants. Elle différencie complètement la tuberculose osseuse de l'Indochinois de celle de l'adulte européen.

2° *L'électivité des lésions* sur le tissu osseux, et plus particulièrement sur le tissu osseux spongieux des os courts et des os plats.. D'où la fréquence des localisations tuberculeuses sur les os du crâne et de la face, sur les côtes et le sternum, sur les os des ceintures scapulaire et pelvienne, sur les os des extrémités. La tendance ostéitique déjà signalée pour les formes classiques se présente ici dans toute sa pureté. Le centre d'attraction articulaire qui était la seule raison d'être de ces formes classiques n'existe plus, ou beaucoup plus rarement. Ces formes nouvelles, dites de transplantation, sont avant tout des ostéites tuberculeuses multiples.

3° *L'exceptionnelle gravité* de la maladie. Aux lésions osseuses s'ajoutent très souvent d'autres localisations viscérales qui complètent le tableau de bacillémie. L'évolution semble plus rapide que dans les autres formes de tuberculose plus longtemps limitées à une région

articulaire. La durée totale n'excède pas six ou huit mois.

Nous nous proposons tout d'abord d'illustrer ces différentes notions par deux observations particulièrement évocatrices :

OBSERVATION N° 12

Le Van Hun, Annamite, est hospitalisé le 21 septembre 1941 pour une ostéo-arthrite de la hanche droite. Depuis deux mois environ, il présente des douleurs surtout rétro-trochantériennes, de la claudication, une atrophie importante de la fesse et de la cuisse ; mais durant toute l'évolution, la mobilité de l'articulation est tout à fait conservée, sans presque de raideur, surtout sans aucune limitation.

Une radiographie du 10 septembre 1942, de plus, nous montre une articulation coxo-fémorale normale, sans aucun pincement de l'interligne articulaire, sans déformation ou flou de la tête fémorale, mais une certaine décalcification de l'os iliaque intéressant, avec prédominance, la région articulaire.

Il s'agit bien de lésions tuberculeuses, mais ces lésions portent sur l'os iliaque, plus que sur l'articulation coxo-fémorale elle-même. Bref, notre malade fait davantage une ostéite iliaque qu'une coxalgie classique.

L'état général s'aggrave ; l'amaigrissement s'accroît ; la température, d'abord oscillante, se stabilise à 37°5.

Sur une radiographie pulmonaire, apparaît une image d'adénopathie médiastinale supérieure.

Peu de temps avant sa mort, une petite tuméfaction fluctuante et douloureuse se localise à la région fronto-temporale droite. La ponction de cet abcès ramène un pus dont l'inoculation au cobaye a fait, par la suite, la preuve de sa nature tuberculeuse.

Le malade meurt le 11 mars 1942, soit après six mois et demi d'hôpital.

L'autopsie confirme notre diagnostic, mais n'est pas sans nous occasionner une réelle surprise quant à la multiplicité des lésions jusque-là silencieuses.

Ces localisations sont les suivantes :

1° *Localisation coxo-fémorale.* — Lésions de destruction siégeant sur l'os coxal surtout, avec perforation de la cavité cotyloïde, dont un séquestre tendant à s'éliminer par voie endo-pelviennne, forme un petit abcès froid sous-péritonéal localisé à ce niveau. L'articulation et les régions voisines ne forment qu'un gros abcès rempli de pus tuberculeux. La tête fémorale est lésée aussi, mais les lésions sont minimales.

Par conséquent, nous vérifions notre diagnostic d'ostéite iliaque para-articulaire. L'arthrite coxo-fémorale et l'ostéite fémorale ne sont que des lésions de voisinage apparues beaucoup plus tardivement.

2° *Localisation fronto-temporale.* — L'abcès de la région temporale droite est alimenté par un foyer d'ostéite arrondi d'un diamètre de 3 cm., n'attaquant que la table externe de l'os.

3° *Localisation vertébrale.* — C'est une surprise d'autopsie. Elle consiste en des lésions d'ostéite avec destruction quasi-complète des faces antérieures des corps vertébraux C3-C4 englobés dans un abcès qui saille dans le médiastin et correspond à l'image radiologique constatée.

4° *Localisations pluricostales.* — C'est également une surprise d'autopsie. Elles siègent à des niveaux divers :

- du côté gauche, au tiers postérieur,
et tiers antérieur, de la 7° côte ;
- du côté droit, au tiers moyen de la 4° côte,
et tiers antérieur et postérieur de la
7° côte ;
- soit au total, 5 localisations costales.

Ces lésions intéressent l'os lui-même, souvent loin de son articulation antérieure ou postérieure, et entraînent des fractures de côte complètes, avec disjonction osseuse.

Chacun de ces foyers d'ostéite donne lieu à la formation d'un abcès dont l'extension vers la plèvre pariétale réalise une poche appendue au grill costal. Le diamètre de ces abcès varie entre 4 à 8 cm. Rien ne traduit, à l'extérieur du thorax, leur présence, leur extension étant toute endothoracique.

Par ailleurs, l'autopsie nous révèle quelques adhérences pleurales dans le sinus costo-diaphragmatique droit, avec léger hydrothorax, sans lésion pulmonaire visible.

Le muscle cardiaque extrêmement remanié, est noyé dans un tissu de sclérose très épais, consécutif à des lésions de péricardite ancienne, avec symphyse du péricarde.

Le foie et la rate présentent un aspect de dégénérescence.

L'intestin, péritoine et mésentère sont normaux.

Done, au total 8 foyers d'ostéite tuberculeuse.

*
**

OBSERVATION N° 13

Nguyen Luyen présente, lors de son évacuation sur Le Dantec, le 18 novembre 1941, deux plaies ulcéreuses de 4 à 5 cm. de diamètre, siégeant de façon très symétrique au niveau des régions sous-claviculaires externes. Ces plaies présentent tous les caractères d'ulcérations tuberculeuses. A l'index gauche, un spina ventosa. Cette localisation digitale est la première en date.

L'état général du malade s'aggrave, la courbe de température décrit de grandes oscillations entre 38° et 39°. Un B. W. est négatif. On assiste, depuis, à l'éclosion d'autres foyers tuberculeux osseux. En particulier :

1° Au niveau du coude gauche, l'article devient douloureux, œdématisé, globuleux, dissymétrique ; la peau s'ameuise et rougit en dehors pour se fistuliser très rapidement, mais une certaine mobilité persiste sans douleur ; angle droit dans la flexion, 130 degrés dans l'extension.

Secondairement, cette ostéite du coude devient une ostéoarthrite franche. Les examens radiologiques en font foi.

L'amputation du bras est nécessaire.

2° Pendant ce temps, apparaissent presque simultanément au niveau des régions sous-orbitaires, des abcès froids qui se fistulisent spontanément, et se cicatrisent après une longue phase de suppuration.

3° Le genou gauche, à son tour, subit le même sort que le coude. Il devient le siège d'une ostéite, d'abord avec envahissement secondaire de l'articulation ensuite, et formation d'une véritable tumeur blanche.

4° Enfin, le malade présente, de plus, sur les faces latérales du cou, de gros paquets ganglionnaires allongés, qui se rejoignent en avant en collier.

5° Sur la face externe de la branche horizontale du maxillaire inférieur apparaît un nouvel abcès froid.

Le malade présente un état d'amaigrissement et de cachexie extrêmes. Grabataire, il s'éteint sans connaissance le 15 juillet 1942, soit après huit mois de maladie.

L'autopsie nous permet de faire le bilan complet des lésions :

1° *Crâne*. — La branche horizontale gauche du maxillaire inférieur présente un foyer d'ostéite arrondi de 2 cm. de diamètre. Le périoste détruit laisse à découvert la superficie de l'os qui est en voie de destruction.

Le maxillaire droit est le siège d'un foyer d'ostéite qui intéresse tout le corps de l'os, mais aussi a réussi à perforer la branche horizontale sous-orbitaire ; le foyer de suppuration est ainsi en communication directe avec la cavité orbitaire.

Le maxillaire gauche est en voie de destruction complète. Sa face externe est dépourvue de périoste et suppure. Le corps de l'os s'effrite à la moindre pression et le foyer tuberculeux se prolonge surtout dans la branche montante de l'os, jusqu'à son articulation avec l'apophyse orbitaire externe du frontal.

2° *Membres*. — Le membre supérieur gauche fut amputé antérieurement, à la suite de l'apparition successive d'un spina de l'index et d'une ostéo-arthrite du coude. Il persiste un moignon qui suppure. La suppuration provient d'un gros paquet ganglionnaire axillaire caséifié.

Le membre inférieur gauche comprend un énorme foyer tuberculeux circonscrivant le genou. Le pus naît de l'articulation et de loges sous-cutanées et interaponévrotiques péri-articulaires. Les lésions osseuses intéressent surtout les épiphyses ; les cartilages, bien que lésés, semblent avoir été atteint secondairement.

3° *Ceinture scapulaire*. — Du côté gauche, on décèle deux foyers osseux bacillaires. L'un intéresse l'extrémité de l'acromion près de son articulation avec la clavicule, mais cette articulation est intacte.

L'autre siège au tiers interne de la clavicule gauche formant dans l'os une cavité pleine de pus.

Du côté droit :

L'épine de l'omoplate est gratifiée de deux foyers d'ostéite assez rapprochés, ayant engendré la formation de

PLANCHE I

FIG. 1. — Localisation osseuse acromiale droite et abcès en voie de fistulisation.

FIG. 2. — Tuberculose poly-osseuse de la face, du cou, et des ceintures scapulaires.



FIG. 1

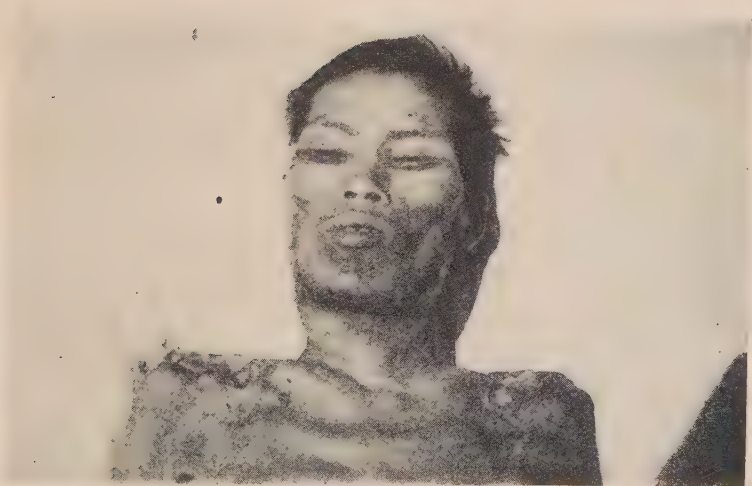


FIG. 2

PLANCHE II

FIG. 3 et FIG. 4. — Tuberculose poly-osseuse — voir obs. n° 13 — 12 foyers d'ostéite siégeant au niveau de la face, du cou, des ceintures scapulaires, et du genou gauche.

FIG. 5. — Localisations multiples sterno-costales fistulisées.

FIG. 6. — Tuberculose osseuse sous-orbitaire droite.



FIG. 3



FIG. 4



FIG. 5

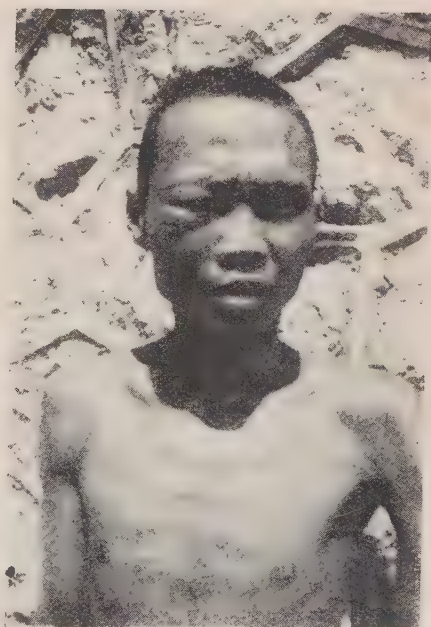


FIG. 6

deux abcès évoluant dans les fosses sus et sous-épineuses sous l'aponévrose superficielle.

L'acromion est en partie détruit dans sa région moyenne et sur toute son épaisseur ; l'articulation acromio-claviculaire droite est entièrement respectée.

La clavicule droite présente à son tiers moyen un petit abcès sous-périosté, de 2 cm. environ. Le périoste est surélevé, aminci à ce niveau, l'os sous-jacent est pathologique.

4° *Les aires ganglionnaires.* — Cervicales et axillaires gauches sont surélevées par de grosses masses ganglionnaires caséifiées.

5° Par ailleurs, l'examen des *viscères*, à part de frêles adhérences pleurales droites et de petits tubercules limités au sommet des deux poumons, ne révèle que de nombreux ganglions mésentériques non caséifiés.

En résumé, chez ce malade, trois constatations nous frappent :

- la symétrie de certaines lésions osseuses : malaires, claviculaires, acromiales.
- la multitude de ces lésions osseuses, soit **12** foyers d'ostéite.
- la localisation purement osseuse à l'origine de tous ces foyers tuberculeux.

Il nous semble inutile de multiplier ces observations qui sont par elles-mêmes suffisamment démonstratives. Nous en possédons une dizaine de ce genre et nous avons encore actuellement en traitement neuf malades qui répondent à ce type de tuberculose osseuse de transplantation.

La variété des localisations osseuses, l'accouplement fantaisiste de ces foyers réalise pour chaque malade un type clinique et évolutif particulier qui nécessiterait une description propre. Aussi envisagerons-nous la question sous un angle purement topographique.

1° *Crâne et face.*

Les localisations tuberculeuses ne sont pas rares sur les os du crâne. Elles siègent, dans quatre cas, en plein

frontal, une fois sur l'occipital, une fois au niveau de la suture fronto-temporale droite. Elles intéressent toutes la table externe de l'os et forment une ulcération arrondie au centre de laquelle le périoste disparu laisse à nu un os irrégulier friable. Jamais elles n'ont abouti, dans les différents cas, à la perforation complète. Leur seule traduction clinique est la présence d'un abcès froid sous-cutané.

Parmi les os de la face, ce sont les malaïres qui nous semblent le lieu d'élection. Nous avons vu trois exemples analogues à notre observation n° 13. Vient ensuite le maxillaire inférieur dont la branche horizontale est atteinte dans un cas, et la région du condyle droit dans un autre.

2° *Thorax et ceinture scapulaire.*

a) Côtes et sternum : Les ostéïtes costales sont fréquentes : une dizaine de cas. Elles peuvent être uniques mais le plus souvent multiples ; siègent en pleine côte, souvent loin des articulations vertébro-costales et chondro-costales. Elles restent longtemps inapparaissantes et ne sont visibles que très tard sur les clichés radiographiques. Leur premier signe est l'abcès froid costal ; mais souvent cet abcès froid se développe non vers les plans cutanés, mais vers la plèvre pariétale qu'il refoule devant lui, réalisant l'aspect décrit dans l'observation n° 12.

La lésion initiale siège au niveau de la côte même. Il ne nous semble pas que les origines ganglionnaires (FREDT et KAUFFMANN ou pleurales (HASSELBACH) correspondent à la réalité des faits. Le foyer d'ostéïte évoluant longtemps aboutit souvent à la rupture complète de l'os. L'observation précédente est un exemple de fractures multiples de côtes par ostéïte tuberculeuse. Le sternum

est une localisation fréquente, surtout dans la partie manubriale.

b) La clavicule : C'est une lésion habituellement rare et dont l'origine syphilitique doit toujours être écartée. Nous en avons vu cependant deux cas authentiques. L'un d'eux réalisait une fracture presque complète de la clavicule gauche.

c) Omoplate : Les ostéites tuberculeuses siègent avec prédilection sur l'acromion, l'épine, la pointe de l'omoplate. Nous les avons observées chez quatre malades différents. Elles étaient d'ailleurs compliquées d'abcès froids évoluant suivant les cas dans les régions sous-épineuse, sous-épineuse et omo-vertébrale.

3° *Sacrum et ceinture pelvienne.*

Les lésions tuberculeuses limitées à l'aile iliaque existent mais elles s'étendent rapidement à tout l'os coxal entraînant à leur suite des réactions articulaires coxo-fémorales ou sacro-iliaques, de sorte qu'à un stade ultime, le diagnostic exact de localisation est impossible à faire. Ce qui est important, nous l'avons dit, au sujet des ostéo-arthrites des membres, c'est que toujours les lésions d'ostéite prédominent sur les lésions articulaires et sont un facteur constant d'aggravation contre lequel on ne peut rien. Ces lésions sont parfois si étendues qu'elles intéressent tout le bassin non sans avoir engendré, au préalable, la formation d'abcès.

4° *Os de la main et du pied.*

Qu'il s'agisse des os courts du carpe et du tarse ou des petits os longs de la main et du pied, les lésions tuberculeuses sont toujours primitives.

Elles se manifestent par des réactions d'allure chaude et en imposent fréquemment pour un phlegmon ou un panaris.

Leur fréquence est relativement grande et atteint 18% des cas de tuberculose osseuse.

Dans l'ensemble, ce sont toujours des formes graves suivies presque inévitablement de l'apparition de nouveaux foyers.

Toutes ces lésions tuberculeuses siègent donc électivement, nous l'avons vu, sur le tissu osseux. S'il arrive parfois que les articulations voisines soient intéressées à un moment de leur évolution, ce n'est pas une règle. Les deux observations précédentes nous montrent assez que malgré la proximité de foyers d'ostéite les articulations acromio-claviculaires ou sterno-claviculaires, ou costo-vertébrales sont absolument saines. Elles nous montrent aussi que les foyers d'ostéite situés sur les côtes, sur l'épine de l'omoplate, sur les os du crâne, ne recherchent pas spécialement le voisinage d'une articulation. Cette indépendance n'était pas le fait des formes classiques ; elle est un des caractères essentiel ici.

Ces formes de tuberculose osseuse sont donc bien particulières, et c'est pourquoi nous avons tenu à les distinguer de toutes les autres. La multiplicité des foyers d'ostéite chez le même malade, leur électivité sur les petits os du squelette, leur indépendance des articulations leur confère une individualité certaine. L'absence de ces formes en Indochine, leur absence aussi chez les adultes européens, nous autorisent à penser qu'il s'agit de véritables formes de transplantation. Ces formes d'ailleurs se multiplient avec la durée de la transplantation. Plus que les autres encore, elles aggravent le tableau déjà fort sombre de la tuberculose osseuse chez les Indochinois vivant en France par l'absence complète de moyen thérapeutique.

ANALOGIE ENTRE LA TUBERCULOSE OSSEUSE DE L'INDOCHINOIS ET DU « NOIR » TRANSPLANTES

Nous ne saurions mieux terminer cet aperçu sans relever les ressemblances pathologiques frappantes qui existent entre l'Indochinois et le Sénégalais transplantés en France. Le tableau de la tuberculose osseuse est absolument comparable pour l'une et l'autre de ces deux races. Les modifications engendrées par la transplantation sont absolument identiques. BOTREAU-ROUSSEL, HUARD et PALES nous ont montré combien chez le noir transplanté, l'atteinte des membres et des gros articles est plus fréquente. Combien aussi la multiplicité des foyers et leur rapide succession dans le temps sont plus accusées en France qu'en A.E.F. Nous nous sommes efforcés de notre côté de montrer chez les travailleurs Indochinois, l'aspect nouveau que prenait le problème de la tuberculose osseuse. Nous avons montré la plus grande fréquence des ostéo-arthrites des membres, la gravité des formes osseuses d'ostéo-arthrite en particulier, nous nous sommes longuement étendus sur la tuberculose du rachis, si différente de notre mal de Pott classique. Nous avons enfin essayé de mettre en lumière l'aspect bien méconnu de ces formes de transplantation si impressionnantes et contre lesquelles nous sommes totalement désarmés.

III. — TUBERCULOSE GANGLIONNAIRE

Depuis la genèse de la lésion tuberculeuse initiale jusqu'aux lésions terminales, l'infection bacillaire grave autour du système lymphatique de sorte qu'une des toutes premières manifestations de tuberculose est

l'apparition de ganglions dans des territoires divers. Suivant l'état de résistance du terrain, suivant surtout l'ancienneté et la solidité de l'état d'allergie, les foyers ganglionnaires peuvent prendre une extension plus ou moins considérable et constituer à eux seuls une véritable forme de tuberculose.

Les meilleures conditions d'apparition sont évidemment réalisées pour nous Européens, chez l'enfant jeune, et c'est pourquoi il est classique de dire que la tuberculose ganglionnaire est une des formes habituelles de la deuxième enfance. Or cette même forme de tuberculose ganglionnaire est très fréquente chez les travailleurs Indochinois ; elle occupe même le deuxième rang après les formes pulmonaires.

Cette seule constatation est, à elle seule, plus instructive que l'étude des différents aspects pathologiques. En effet, elle nous permet d'abord de nous faire une idée exacte de la tuberculose de la race jaune, mais elle nous permet aussi et surtout, à l'occasion de cet exemple, de nous rendre compte que l'allure générale d'une tuberculose ne dépend pas tellement de l'âge du sujet qui la contracte, que la date à laquelle s'est effectuée la primo-inoculation.

Si parmi les Indochinois que nous avons eu en France sous notre contrôle, certains réagissent parfois comme des enfants, c'est qu'ils sont dans la même situation d'immunité vis-à-vis de la maladie ; c'est que pour les uns comme pour les autres, le premier contact avec le germe pathogène ne remonte qu'à quelques mois ou à quelques années. Leur état d'allergie est donc d'acquisition récente, et nous le savions d'ailleurs par la recherche de l'index tuberculinique, à laquelle nous nous sommes livrés.

De l'augmentation considérable du taux d'imprégnation tuberculeuse, nous avons conclu à des contaminations récentes chez environ 30 % de nos travailleurs.

Sans pouvoir malheureusement en faire la preuve, nous avons toutes les raisons de penser que ces sujets dont l'état d'allergie est encore neuf, sont les grands pourvoyeurs des adénopathies bacillaires, comme d'ailleurs de toutes les autres formes de résistance.

Les adénopathies tuberculeuses peuvent être de deux ordres. Elles peuvent siéger dans des territoires visibles; elles seront ainsi très facilement dépistées et suivies. Elles peuvent au contraire intéresser des territoires profonds, médiastin, abdomen; leur diagnostic souvent ne sera pas fait ou beaucoup plus tardivement, lors de complications pleuro-pulmonaires ou intestinales. Mais alors que dans le premier cas nous pouvons parler de véritables tuberculoses ganglionnaires; dans le deuxième cas, les manifestations ganglionnaires, pour être les premières en date, sont noyées au milieu de lésions viscérales; aussi les classe-t-on d'habitude dans ces formes viscérales elles-mêmes. Cependant nous tenons à ne pas séparer, malgré des différences de siège et d'aspect, ces lésions ganglionnaires tuberculeuses. Ainsi conservons-nous toute son unité au système lymphatique vis-à-vis de la tuberculose.

A. — TUBERCULOSE GANGLIONNAIRE EXTERNE

Les adénopathies tuberculeuses externes, c'est-à-dire visibles, occupent une place prépondérante puisque leur fréquence s'élève à 23,4 % chez nos Indochinois.

Elles apparaissent de préférence au printemps et en automne, mais l'influence printanière est, nous l'avons vu, beaucoup plus marquée, à tel point que pour cinq adénites bacillaires apparues en avril ou mai, une seulement est dépistée en automne. Cette influence saisonnière s'est manifestée avec une particulière netteté pendant les années 1941 et 1942. Chaque fois nous avons pu

vérifier la recrudescence considérable d'adénites tuberculeuses à des époques ainsi bien déterminées.

Leur affinité pour les ganglions cervicaux est grande. Il est même très rare qu'elles siègent dans un autre territoire ganglionnaire externe. Cela peut arriver cependant, mais alors elles sont en général secondaires à des foyers tuberculeux voisins très évolués.

Cette électivité pour les ganglions cervicaux serait peut-être, dans certains cas, en la faveur de la pénétration bactérienne par voie buccale. Effectivement les caries dentaires fréquentes et l'état en général très défectueux de la denture chez ces indigènes réalisent les conditions optimas à l'utilisation par le bacille de cette porte d'entrée.

Suivant le groupe intéressé, la fréquence respective de ces ganglions cervicaux est la suivante :

Ganglions latéro-cervicaux		50 %
» sus-claviculaires		30 %
» sous-maxillaires		15 %
» sous-mentaux		5 %

Chacun de ces groupes peut être atteint isolément ou simultanément. Enfin les lésions peuvent être unies ou bi-latérales.

En général, ces adénopathies cervicales, quand elles existent, vont avec un excellent état général. Elles sont les seules manifestations de la tuberculose et ne s'accompagnent d'aucune lésion viscérale nette. Sans doute la maladie encore limitée à l'atteinte du système lymphatique est-elle réduite à ces seules réactions ganglionnaires.

Dans quelques cas, ces adénites cervicales tuberculeuses coïncident avec des lésions pulmonaires très importantes. Mais alors elles ne sont plus uniques. Elles s'accompagnent d'adénopathies médiastinales et hilaires et l'état général n'est plus aussi floride. Il existe tout un

cortège de signes fonctionnels et généraux, de la fièvre, des signes physiques pleuro-pulmonaires. Elles ne sont en somme que la traduction visible d'une vaste réaction lymphatique cervico-thoracique. Elles ont sans doute leur valeur, mais elles restent dominées par l'existence de ces adénopathies profondes dont l'évolution est toujours imprévue et les complications toujours à craindre.

Cependant, il fut un temps où l'on voulait établir un rapport entre certaines adénopathies cervicales et la coexistence de lésions pulmonaires tuberculeuses. Ce fut l'époque du ganglion sus-claviculaire de BORREL. Nous avons déjà donné notre opinion sur la valeur de ce test dont on ne peut retirer aucun bénéfice chez les Indochinois. Une adénopathie cervicale tuberculeuse ne prouve, ni ne suppose l'existence de lésions pulmonaires. Parfois il arrive que certains ganglions du groupe sus-claviculaire coïncident avec des lésions de pleurite du sommet, mais ce n'est pas la règle.

Tout ce qu'on peut affirmer, c'est qu'une adénopathie cervicale, quelle que soit son importance, n'est vraisemblablement pas unique ; qu'elle s'accompagne souvent d'une adénopathie médiastino-pulmonaire et que l'avenir du malade dépendra davantage de l'état de son système lymphatique thoracique que des lésions ganglionnaires cervicales par elles-mêmes bénignes.

Il en résulte, et ceci a une grande importance en milieu colonial, que la constatation d'une adénopathie cervicale chez un indigène rend impérative l'exploration clinique et radiologique des médiastins et des hiles pulmonaires. Elle ne peut à elle seule être un élément de pronostic suffisant, tant que l'on n'a pas fait le bilan des lésions tuberculeuses et que l'on n'a pas mis le malade en observation.

L'évolution de ces adénopathies tuberculeuses externes est suffisamment connue pour que nous n'ayons pas

à y insister longuement. A la période de crudité succède la période de ramollissement. La pratique constante de l'évacuation du pus par ponction suivie d'injection modificatrice a sensiblement amélioré le devenir de ces lésions ganglionnaires, dont la fistulisation eût été autrement la règle, et la guérison de ce fait longtemps retardée.

La recherche du bacille de Koch dans le pus de ponction est généralement négative. Par contre, la tuberculisation du cobaye inoculé ne manque jamais.

Somme toute, chez les Indochinois séjournant en France, les localisations ganglionnaires externes sont fréquentes ; lorsqu'elles restent isolées, elles sont relativement bénignes et obéissent aux règles déjà connues. Lorsqu'elles s'associent à des localisations ganglionnaires profondes, elles passent au second plan.

B. — TUBERCULOSE GANGLIONNAIRE THORACIQUE

Notre intention n'est pas d'étudier chez les Indochinois toutes les réactions du système lymphatique thoracique devant la tuberculose. Sa participation aux lésions si fréquentes de tuberculose pleuro-pulmonaire est évidemment la règle, mais elle reste assez classique et elle n'offre pas d'intérêt dans le cadre de notre sujet.

Par contre, lorsque les ganglions thoraciques nous semblent suffisamment évolués pour former l'essentiel des lésions tuberculeuses, nous nous y arrêterons volontiers. Ils réalisent ainsi une véritable forme ganglio-pulmonaire de tuberculose. Cette forme est rare d'habitude chez l'adulte, très fréquente au contraire au cours de la deuxième enfance ; nous serions donc assez étonnés de la trouver chez des Indochinois adultes, si

nous ne savions déjà leur aptitude partielle à se comporter vis-à-vis de l'infection tuberculeuse comme des sujets jeunes.

Il nous paraît trop audacieux de vouloir établir la fréquence de ces formes ganglio-pulmonaires, car s'il existe des cas évidents, il en est d'autres pour lesquels le diagnostic n'est pas fait devant une exploration clinique du médiastin souvent difficile et incomplète. Cependant, au cours de nos observations, nous avons suivi six malades qui présentaient radiologiquement une image d'adénopathie médiastinale volumineuse, débordant sur les champs pulmonaires voisins.

Dans la plupart des cas, les signes fonctionnels étaient très peu marqués et se traduisaient tout au plus par une toux banale, une simple gêne thoracique.

Des signes physiques, nous avons retenu surtout : les modifications de la voix, à l'auscultation des apophyses épineuses des quatre premières vertèbres dorsales (signe de d'Espine) et l'étude de la transonance sterno-vertébrale (signe de d'Elsnitz).

Tous ces cas se sont compliqués, à un moment donné, de lésions pulmonaires bilatérales avec poussées de broncho-pneumonie. L'autopsie nous révélait évidemment de gros paquets ganglionnaires trachéo-bronchiques, parfois caséifiés et très envahissant. Nous avons encore le souvenir d'un de ces malades qui présentait une énorme masse ganglionnaire caséifiée de la grosseur d'une tête, colmatant tout le médiastin et réalisant une véritable anarchie anatomique.

L'atteinte du système lymphatique trachéo-bronchique est loin de prendre, chez les Indochinois, une allure toujours aussi grave. Néanmoins, nous la croyons assez fréquente et souvent même à l'origine des lésions tuberculeuses pulmonaires.

Dans ces cas frustrés, un des meilleurs signes, à notre avis, d'adénopathie médiastinale, est la douleur rétro-sternale que l'on retrouve avec une grande régularité et très précocement chez tous nos Indochinois tuberculeux. Elle est provoquée sans doute par la seule existence de ces ganglions, mais surtout par les petites poussées passagères de péri-adénite et de médiastinite.

Nous avons ici encore l'occasion de comparer la tuberculose de l'Indochinois à la tuberculose du Sénégalais transplanté chez lequel les manifestations ganglionnaires trachéo-bronchiques existent dans 80 % des cas.

Si nous avons à schématiser le développement anatomique de la maladie, nous imaginerions volontiers deux stades.

Dans un premier stade, l'envahissement tuberculeux se limiterait au système lymphatique thoracique et s'accompagnerait d'un début d'altération de l'état général, mais d'aucune lésion viscérale. Suivant la résistance de l'organisme, ces ganglions seraient d'importance variable chez les Indochinois ; dans la grande majorité des cas, bien qu'existant, ils ne seraient pas tellement volumineux. Par contre, chez les Sénégalais en général et chez quelques Indochinois seulement, ils atteindraient un volume considérable.

Dans un deuxième stade, indépendamment de l'importance de la réaction ganglionnaire, il pourrait survenir secondairement des lésions viscérales, pulmonaires, pleurales ou autres ; mais alors que chez le Sénégalais l'envahissement sera très rapide, les symptômes très graves, l'évolution aiguë, chez la majorité de nos Indochinois, malgré l'aggravation générale conditionnée par la transplantation, l'infection tuberculeuse prendra un caractère plus torpide et plus lent.

Ainsi nous pensons que :

1° Le développement d'une tuberculose suivant ces deux stades, lymphatique puis viscéral, est assez comparable chez les Indochinois et les Noirs transplantés.

2° Cependant le terrain de l'Indochinois, en général plus résistant, ne fera que plus rarement une tuberculose ganglio-pulmonaire, alors que cette forme est fréquente chez le « Sénégalais » en France.

C. — TUBERCULOSE GANGLIONNAIRE INTESTINALE

L'atteinte du système lymphatique intestinal présente un intérêt moindre. L'impossibilité d'explorer ce territoire ganglionnaire profond avant l'autopsie limitait d'une part son étude à un trop petit nombre de tuberculeux ; d'autre part, le peu de temps dont nous disposions ne nous permettait pas toujours d'en faire un examen complet. De sorte que nous ne saurions nous faire, à priori, une idée très exacte du rôle joué par ce système lymphatique intestinal au cours d'une tuberculose.

Nous pensons que l'existence de ganglions tuberculeux au niveau du mésentère ou au carrefour des principaux viscères est tout aussi fréquente qu'à l'étage supérieur thoracique et subit d'ailleurs les mêmes lois évolutives.

Si l'organisme se défend, ce qui est le plus fréquent, ces ganglions restent de petit volume et deviennent chroniques. Le diagnostic étiologique est alors difficile à faire chez ces indigènes dont l'intestin fut exposé longtemps à de multiples affections exotiques et fait encore l'objet d'un parasitisme constant.

Mais que le terrain soit propice à l'extension de l'infection tuberculeuse, ou que le filtre ganglionnaire mésentérique soit de qualité défectueuse, alors de grosses masses adénopathiques se développent et ne tardent pas à provoquer des complications intestinales ou péritonéales.

Cette dernière forme est équivalente à la forme ganglio-pulmonaire précédemment décrite.

Les mêmes considérations générales, la même fréquence, la même comparaison avec la tuberculose du Noir transplanté sont valables pour la tuberculose ganglionnaire intestinale de l'Indochinois.

IV. -- TUBERCULOSE DES SÉREUSES

Dans le but de conserver toute leur solidarité aux différentes séreuses de l'organisme vis-à-vis de la tuberculose, nous n'hésiterons pas à grouper sous une même rubrique des manifestations pathologiques assez dissimilaires. C'est d'ailleurs dans le même esprit que nous nous efforcions précédemment de garder toute son unité au système lymphatique.

Les diverses séreuses peuvent être atteintes individuellement avec une fréquence variable. La plèvre est sans aucun doute le siège de prédilection, mais aussi grâce à son exploration facile, avons-nous la possibilité de déceler jusqu'aux réactions pleurales les plus faibles, alors que l'exploration beaucoup plus délicate du péricarde, du péritoine, des méninges, rend plus difficile, nous n'en doutons pas, le dépistage de réactions légères, pourtant réelles.

Mais si chacune des séreuses peut être atteinte seule et réalise une forme propre de tuberculose, il n'est pas

rare de constater chez les Indochinois des atteintes multiples rappelant d'assez loin cependant les polysérites. Ceci caractérise dans certains cas l'affinité presque élective de l'infection tuberculeuse sur le tissu séreux, et nous autorise par conséquent, malgré sa dispersion, à l'envisager dans son ensemble.

Ces formes de tuberculose, assez communes chez les sujets jeunes, nous permettent une fois encore d'assimiler bon nombre d'Indochinois à des adolescents dont la contamination première n'est pas encore très éloignée et l'immunité tuberculeuse incomplète.

A. — TUBERCULOSE PLEURALE

Suivant l'importance de la réaction pleurale, nous envisagerons successivement deux formes de manifestations tuberculeuses : les pleurésies, qui sont de véritables tuberculoses pleurales ; les cortico-pleurites, dont le degré de parenté avec la tuberculose n'est pas aussi évident, mais qui n'en constituent pas moins un mode de début de l'affection extrêmement fréquent, nous l'avons déjà dit.

A) PLEURÉSIES.

Nous éliminerons de suite les pleurésies purulentes tuberculeuses qui sont, en général, secondaires à des lésions pulmonaires évolutives, et nous ne retiendrons que les atteintes pleurales primitives.

Ces atteintes pleurales sont d'importance variable chez les Indochinois : tantôt elles se présentent sous la forme de pleurites exsudatives, de pleurésies séro-fibrineuses, tantôt la réaction pleurale reste sèche et les lésions limitées aux bases.

Leur fréquence sur 100 cas de tuberculose pulmonaire est la suivante :

Pleurésies séro-fibrineuses	12,6 % des cas
Pachy-pleurites sèches des bases . . .	15,2 % des cas

Elles nous semblent nettement influencées par certaines époques de l'année, et plus particulièrement par le printemps.

L'aspect clinique, l'évolution générale, le pronostic de ces atteintes pleurales restent absolument classiques.

Cependant, il est un fait d'observation courante sur lequel nous voudrions attirer l'attention : c'est le changement d'aspect du sujet, et plus particulièrement du visage, très manifeste dès le début de la pleurésie.

Cet aspect est très caractéristique chez les Indochinois. Le faciès est un peu pâle, anémié, la coloration de la peau moins accentuée, prend une teinte rappelant un subictère ; surtout la peau semble comme œdématiée, plus tendue, principalement au niveau du nez, des paupiettes du front. Elle reste néanmoins sèche en surface et mate. Ce mélange de pâleur et de bouffissure légère est très différent de l'aspect d'imprégnation tuberculeuse, que nous avons déjà décrit. Il nous a permis maintes fois de soupçonner, dès la première vue, l'existence d'une pleurésie. Il n'est cependant pas pathognomonique d'une atteinte pleurale chez ces indigènes, et on le retrouve tout aussi net chez les sujets atteints d'ankylostomiase, mais c'est tout de même là un signe empirique qui présente une réelle valeur.

Par ailleurs l'étude des pleurésies chez les Indochinois ne se montre pas très riche d'enseignements.

La guérison est la règle après un temps variable. Elle entraîne inévitablement des séquelles qui persistent longtemps. La formation de rétractions, de pachypleurite, d'adhérences pleurales souvent très importantes,

prouve une fois de plus, chez les Indochinois, leur aptitude à former du tissu fibreux au cours d'une tuberculose pleuro-pulmonaire.

B) CORTICO-PLEURITES.

Nous ne saurions parler de tuberculose pleurale sans réserver une place d'honneur aux cortico-pleurites tuberculeuses. L'atteinte pleurale n'est ici ni exclusive, ni très intense, mais elle domine en quelque sorte toute la question des réactions pleurales tuberculeuses chez les Indochinois. L'étude fort complète qu'en fit, il y a quatre mois, notre camarade GAUDIBERT, le rappel de leurs principales caractéristiques que nous avons fait lors de l'étude de la tuberculose pulmonaire chez nos travailleurs, nous dispensent d'y insister longuement.

Nous signalerons simplement combien leur étude nous paraît plus juste encore après un certain recul, combien leur fréquence ne fait que s'accroître, combien la connaissance des formes mineures rend d'utiles services par le dépistage et le traitement précoces de nombreux candidats à une tuberculose, combien parfois, nous le répétons, cet épisode aigu cortico-pleural, si minime soit-il, nous semble être un élément d'aggravation d'une tuberculose ultérieure.

B. — PERICARDITES TUBERCULEUSES.

Nous n'avons jamais eu l'occasion d'observer de péricardite isolée chez nos Indochinois. Par contre, c'est une lésion qui n'est pas rare au cours d'une tuberculose évolutive.

Son diagnostic déjà bien difficile quand elle est primitive, présente des difficultés plus ardues encore

quand le malade est en outre porteur de lésions tuberculeuses des séreuses, pleurales ou péritonéales, de lésions de tuberculose pulmonaire ou autre. De sorte que bien souvent ce diagnostic n'est pas fait cliniquement. Il est donc absolument impossible d'établir un bilan précis de l'atteinte péricardique chez ces indigènes ; nous nous contenterons de formuler de simples impressions.

Nous pensons que l'atteinte du péricarde est, dans l'ensemble, tout aussi fréquente que l'atteinte de la plèvre, seule leur situation anatomique différente rend l'exploration de ces deux séreuses très inégale.

Comme pour la tuberculose pleurale, les réactions tuberculeuses du péricarde sont d'importance variable. Ce sont parfois, mais très rarement, des formes exsudatives à épanchement péricardique très important ; mais dans la majorité des cas, l'atteinte péricardique est sèche et se complique rapidement de symphyse. Cette symphyse peut être légère, partielle, incomplète, et on ne la découvre qu'à l'autopsie. Dans un cas elle était particulièrement intense et s'associait à une dégénérescence presque complète du myocarde (obs. n° 12).

Enfin, il nous semble qu'au niveau de la séreuse péricardique on puisse se livrer aux mêmes considérations que sur la séreuse pleurale. Il existe très fréquemment un petit épanchement péricardique minime, très analogue au petit épanchement « invisible » des cortico-pleurites mineures et qui traduit un état pathologique très frustré. Cet épanchement peut guérir ou se compliquer de symphyse légère. La preuve de son existence réelle est très difficile à faire et son intérêt est de ce fait moindre, d'autant plus que s'il existe, l'alerte est déjà donnée par la présence d'un petit épanchement pleural toujours associé, dont le diagnostic est possible.

C) PÉRITONITES TUBERCULEUSES.

L'inflammation tuberculeuse du péritoine est relativement peu fréquente chez les Indochinois vivant en France. Nous en avons observé 19 cas, soit un pourcentage de 3,4 % seulement. Dans l'ensemble elle s'est montrée assez favorable et très susceptible sinon de guérir, du moins de passer à la chronicité. Cinq de nos malades, soit le quart environ, succombèrent à des complications aiguës.

Si l'étude antérieure des formes osseuses de tuberculose nous a permis d'établir les rapports qui existent entre le comportement pathologique des Indochinois et des Noirs transplantés, l'étude des péritonites tuberculeuses sera l'occasion d'en montrer ses divergences. Les péritonites tuberculeuses chez le Sénégalais ont une évolution aiguë avec envahissement intensif de toutes les séreuses. Pour l'Indochinois, au contraire, elles épousent le type subaigu habituel chez l'adulte jeune.

Les réactions péritonéales tuberculeuses coexistent toujours avec des réactions pleurales ; c'est là une règle absolue chez nos Indochinois. D'ailleurs c'est un fait tout à fait général qui permettait à GODELIER de s'exprimer en ces termes : « Quand il y a tuberculose du péritoine, il y a tuberculose de l'une et de l'autre des deux plèvres ». Les péritonites tuberculeuses des Indochinois sont donc toujours des polysérites, elles répondent au type subaigu de FERNET-BOULLAND.

Dans toutes nos observations les manifestations pleurales sont les premières en date, nous n'avons jamais vu de forme à précession péritonéale. D'ailleurs, AMEUILLE n'a-t-il pas montré que cette tuberculose pleuro-péritonéale, dite inverse, est beaucoup plus fréquente au fond que les formes classiques péritonéo-

pleurales. Quelle que soit la chronologie, il semble qu'elles évoluent schématiquement en trois phases :

1° Phase de début, pleurale :

Après une altération progressive de l'état général, apparaissent quelques petits troubles subjectifs respiratoires. Les symptômes fonctionnels restent minimes, mais l'examen révèle des signes d'un épanchement pleural uni ou bilatéral, toujours peu abondant.

2° La phase pleuro-péritonéale se constitue en quelques jours. La fièvre est élevée, le malade pâle, asthénisé, l'état général grave. Les signes abdominaux, encore frustrés les jours précédents, se constituent. Ce sont des troubles digestifs vagues, des douleurs abdominales, une alternance de diarrhée et de constipation, mais surtout l'abdomen augmente de volume, se météorise, devient le siège d'une ascite libre toujours peu abondante. Cette ascite légère pourrait n'être qu'un phénomène allergique déclenché par la réinfection d'un organisme déjà sensibilisé. En tout cas il semble qu'elle soit habituellement d'assez mauvais pronostic, car loin d'avoir tendance à la résorption, elle n'est que le prélude d'une péritonite caséeuse.

Dès maintenant le tableau de péritonite est alors constitué. La température oscille entre 38 et 39°, l'amaigrissement s'accroît, l'état général décline : cet état persiste en moyenne deux mois. C'est alors qu'apparaît :

3° La phase de chronicité.

Les signes fonctionnels et généraux s'améliorent. La température présente des rémissions prolongées, mais l'état de l'abdomen se transforme complètement. L'ascite devient moins mobile, s'enkyste, elle fait place à un empâtement diffus prédominant dans certaines zones : l'ombilic, la région épigastrique, les fosses iliaques. La

matité est irrégulière en damier. Bref, à l'ascite succèdent des masses caséuses, douloureuses, dont l'évolution est torpide. Le tableau de péritonite à tendance ascitique prend l'aspect classique de la forme ulcéro-fibro-caséuse.

L'évolution en est évidemment plus lente, sujette à des poussées successives. Certains de nos malades présentent encore un état général favorable après 12 mois d'observation. Cependant le pronostic reste relativement sombre, l'éventualité d'une complication toujours à redouter.

Les douleurs névralgiques par compression, bien que fréquentes, ne sont pas une véritable complication. L'apparition d'un symptôme aigu pseudo-appendiculaire vint une fois compliquer une péritonite localisée de la fosse iliaque droite. L'occlusion intestinale aiguë par bride fut un mode de décès chez deux de nos malades ; la généralisation granulique chez deux autres.

Ainsi le tableau précédent nous montre combien nous nous éloignons de l'aspect de péritonite tuberculeuse du Noir transplanté. Le seul trait commun est la réaction simultanée ou successive de plusieurs séreuses ; mais alors que chez le Noir on peut parler de polysérite vraie avec participation intense des séreuses pleurale, péricardique, péritonéale, et acheminement rapide vers la cirrhose cardio-tuberculeuse, chez l'Indochinois, au contraire, la réaction séreuse exsudative, pour exister, est cependant moins diffuse, surtout beaucoup moins intense. Elle ne se produit que pendant la phase initiale de la maladie, et au lieu de s'accroître elle cède la place à des lésions plus chroniques ulcéro-caséuses.

Bref l'aspect d'une péritonite tuberculeuse chez l'Indochinois s'éloigne considérablement des formes aiguës classiques chez le Noir transplanté. Ce n'est ni la polysérite aiguë du type Marfan, ni la forme pleuro-médias-

tino-péritonéale d'Hutinel, mais au contraire une forme chronique très rapprochée du type Fernet-Boulland.

D) MÉNINGITES TUBERCULEUSES.

Les méningites n'occupent qu'une place tout à fait restreinte à côté des autres formes de tuberculose. Nos observations en relatent 13 cas, soit une proportion de 2,3 %.

Leur apparition est échelonnée uniquement sur les mois de mars, avril, mai ; elles peuvent se manifester cependant à une autre saison, mais elles ne sont alors qu'un épiphénomène au cours d'une tuberculose évolutive.

Parmi les causes occasionnelles nous avons retenu manifestement dans un cas une insolation intempestive chez un malade porteur d'une adénopathie cervicale bacillaire. Sans doute une exposition aux radiations solaires mal conduite est-elle un des principaux éléments de cette influence printanière chez les méningitiques et généralement chez tous les tuberculeux.

Cliniquement l'aspect d'une méningite tuberculeuse n'offre aucun caractère particulier chez les Indochinois. Son évolution est fatale en 12 ou 15 jours en moyenne. Cependant nous pêcherions par excès de prudence si nous passions sous silence un cas de guérison définitive. Ce malade présentait cliniquement un tableau de méningite grave. L'examen du liquide céphalo-rachidien nous révélait non seulement une lymphocytose, mais surtout la présence de bacilles de Koch.

La guérison fut obtenue en 9 jours après une série d'injections intra-dermiques de tuberculine. Le malade suivi depuis six mois ne présente pour toute séquelle qu'une forte adiposité.

V. — AUTRES LOCALISATIONS TUBERCULEUSES

Nous avons présenté jusqu'ici les principaux aspects de l'infection tuberculeuse chez les Indochinois vivant en France. Nous avons essayé d'en tracer les grandes lignes et espérons d'ores et déjà avoir atteint notre but. Mais nous n'avons pas parlé de toutes les localisations tuberculeuses afin de rester dans le cadre d'une étude très générale, et de ne pas nous égarer au milieu de lésions anatomiques innombrables. Aussi, pour ne pas être incomplet, nous passerons rapidement en revue différentes lésions tuberculeuses viscérales relativement rares.

Le Cœur, habituellement sain, peut être le siège de dégénérescence myocardique et de lésions caséuses consécutives à une atteinte tuberculeuse du péricarde. C'est l'exception, nous l'avons dit.

Le Foie présente rarement chez les Indochinois des lésions bacillaires, microscopiquement visibles, sous forme de nodules caséux. Sa participation au processus tuberculeux se traduit davantage dans les cas graves à suppuration prolongée par une hypertrophie légère, une teinte « muscade », des modifications histologiques dont il nous est difficile de faire état.

La Rate, elle aussi, est plus sujette à des modifications d'ensemble qu'à des lésions tuberculeuses nettement localisées. Encore, dans ces cas, la preuve de l'étiologie tuberculeuse est-elle difficile à faire, chez ces indigènes tous impaludés chroniques. D'une façon générale, elle nous paraît atteinte assez tardivement et si elle devient parfois infarctie de tubercules, ce n'est qu'à la période terminale d'extension et de généralisation de la maladie.

L'Intestin n'a pas fait l'objet d'un examen systématique, aussi l'existence possible de lésions tuberculeuses à son niveau nous est-elle la plupart du temps méconnue. Dans leur recherche, nous avons toujours été orienté par la présence d'une adénopathie intestinale. C'est en général sur les dernières anses grêles et le début du colon que siègent les ulcérations tuberculeuses, c'est-à-dire dans la région iléo-coeco-appendiculaire.

L'atteinte des Reins est très rare. Chez deux de nos malades elle fut une simple complication d'une tuberculose pulmonaire ou osseuse. Dans un cas seulement elle paraissait isolée et réalisait une véritable forme rénale. Le malade d'ailleurs put profiter d'un rapatriement presque immédiat et échapper ainsi à notre contrôle.

Parmi les tuberculoses *génitales* constatées chez les Indochinois, toutes concernent des sujets déjà porteurs d'autres lésions bacillaires. Leur apparition sournoise au niveau de l'épididyme, et plus particulièrement de la tête, leur envahissement lent et insidieux du testicule, du cordon, des vésicules séminales, de la prostate, leur évolution longue et inexorable vers la fistulisation en font une forme de tuberculose essentiellement chronique.

Enfin, pour terminer, nous signalerons simplement un cas de tuberculose *cutanée* à forme verruqueuse siégeant au niveau de la main gauche et plus particulièrement du pouce. Ce cas, le seul de son espèce, prouve assez la rareté de cette localisation.

CONCLUSIONS

Au terme de cette étude d'ensemble sur les manifestations tuberculeuses des Indochinois vivant en France, nous voudrions simplement attirer l'attention sur trois points :

I. — Il nous semble que l'on doit attacher une importance considérable au rôle du terrain, et plus particulièrement aux causes secondes, susceptibles de modifier défavorablement ce dernier. L'atmosphère générale dans laquelle apparaît une tuberculose non seulement n'est pas étrangère au développement du germe pathogène sur un organisme déterminé, mais son influence se fait ressentir plus nette encore sur l'évolution de la maladie. Elle modèle, elle façonne en quelque sorte la forme de tuberculose. Elle conditionne en partie son caractère extensif ou régressif. Elle est la source de modifications dans le comportement pathologique habituel de l'individu malade.

Cette notion de circonstances occasionnelles, de causes défavorisantes et déterminantes, ressort avec une particulière netteté de l'observation de ces sujets coloniaux vivant depuis trois ans hors de leur pays. Les incompatibilités de climat, les conditions d'existence défavorables, les facteurs de moindre résistance de l'individu, forment un complexe que suffit à définir le mot de « transplantation ». C'est à cette transplantation que nous devons logiquement, non seulement la fréquence anormale des cas de tuberculose, mais aussi les modifications pathologiques parfois inédites et l'aggravation rapide de certaines formes cliniques. Nous avons

signalé un certain nombre de facteurs qui nous semblent jouer plus spécialement un rôle néfaste chez nos travailleurs Indochinois. Une occasion⁴ fortuite nous a permis de leur opposer l'influence par contre favorable du climat marin.

C'est assez dire toute l'importance que nous attachons à cette notion pourtant simple et cependant parfois décriée par certains esprits paradoxaux.

II. — Mais l'étude précédente nous permet surtout d'avoir une idée d'ensemble sur la tuberculose des Indochinois. Elle nous montre que ses différents aspects sont relativement comparables à ceux de la tuberculose européenne.

Toutes les formes pulmonaires, certaines formes osseuses, toutes les localisations tuberculeuses lymphatiques ou séreuses, répondent à quelques particularités près à des descriptions connues en France. L'évolution générale, le pronostic, sont sensiblement les mêmes. Mais ce qui différencie les Indochinois des Européens adultes, c'est leur aptitude à faire dans certains cas des réactions tuberculeuses réservées d'habitude à des sujets plus jeunes. Aussi, parmi nos travailleurs, nous avons à faire à trois catégories d'individus :

A. — La moitié de nos tuberculeux environ présente un type pathologique absolument identique à celui de l'adulte européen. La forme si répandue de tuberculose ulcero-fibro-caséuse en est une illustration suffisamment claire.

B. — La plus grande partie des autres cas évoque un type plus jeune. Qu'il s'agisse de localisations osseuses, d'adénopathies, de pleurésies séro-fibrineuses, de péri-tonites, ce sont là des formes de résistance qui rapprochent les Indochinois, des adultes jeunes.

C. — Enfin, chez un tout petit nombre de malades, les manifestations tuberculeuses sont d'un type nettement infantile. Nous en jugerons par les formes pulmonaires aiguës, les tuberculoses ganglio-pulmonaires, les formes poly-osseuses.

De sorte que si l'on peut comparer les manifestations tuberculeuses des Indochinois à celles des Européens, ce n'est pas sans une certaine réserve.

Bon nombre de ces indigènes adultes doivent être déclassés et assimilés à une catégorie de sujets plus jeunes. Ils se rapprochent des terrains neufs encore partiellement immunisés.

L'étude de l'imprégnation tuberculeuse nous montre que la primo-infection tardive et l'immunité par conséquent récente qui s'en suit est vraisemblablement à l'origine de ce déclassement.

Bref, si nous avons à classer dans la tuberculose mondiales les formes pathologiques observées, nous donnerions à l'Indochinois une place intermédiaire entre l'Européen, terrain en état d'allergie, et le Noir d'Afrique, terrain encore relativement neuf.

III. — Enfin, si nous avons pu faire la synthèse des formes de tuberculose chez les Indochinois, l'intérêt de notre travail fut sans doute d'en discerner les variations dans le temps.

Nous avons insisté sur la progression sans cesse croissante de la maladie. Nous avons parlé de sa tendance générale à l'aggravation, des lésions plus facilement envahissantes, de leur évolution plus rapide, de leur pronostic plus défavorable.

Cette tendance est surtout nette pour les formes pulmonaires dont nous avons pu fixer, dans une première phase, le caractère habituellement chronique. L'apparition des « formes récentes » où les lésions ulcéreuses

prennent le pas sur la réaction fibreuse, les poussées évolutives plus fréquentes chez les tuberculeux chroniques, fondent déjà sur des bases solides ce caractère d'aggravation.

Mais que dire aussi des formes osseuses, où la précocité et l'étendue des foyers d'ostéite conditionnent le pronostic. Que dire des ostéo-arthrites tuberculeuses, où les lésions osseuses péri-articulaires dominent l'atteinte de l'articulation elle-même. Que dire de la tuberculose du rachis si différente de notre mal de Pott habituel ; de ces formes nouvelles et bien spéciales de tuberculose multi-osseuse dont l'extension, à diverses pièces du squelette, rendent toute thérapeutique illusoire.

Tout ceci nous apporte une confirmation éclatante de la gravité toute particulière que revêt la tuberculose chez des individus expatriés. Chez l'Indochinois comme chez le Sénégalais, une transplantation prolongée dans la métropole est sans aucun doute à l'origine d'une telle aggravation.

Vu :

Le Président de Thèse :

CH. MATTEL.

Vu et approuvé :

Le Doyen :

L. CORNIL.

Vu et permis d'imprimer :

Aix, le 25 Novembre 1942.

Le Recteur : P. MARTINO

BIBLIOGRAPHIE

TUBERCULOSE EN GENERAL

- AUBERTIN. — « Le foie et la tuberculose » (*Thèse de Bordeaux*, 1922).
- BERNARD L. — « Les débuts et les arrêts de la tuberculose pulmonaire » (*Masson*, 1931).
- « L'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse de l'adulte » (*Paris Médical*, 1914, p. 474).
- BEZANÇON. — « Traité de pathologie médicale, T. III - Maladies de l'appareil respiratoire » (*Masson*).
- BRETON M. et DUCAMP L. — « Rôle de la carence alimentaire dans le développement de la tuberculose » (*Revue de Tuberculose*, 1923, p. 338).
- CALMETTE. — « L'infection bacillaire et la tuberculose chez l'homme et les animaux » (*Masson*).
- CALVÉ. — « La tuberculose ostéo-articulaire » (*Masson*, 1935).
- DUPIRE P. — « L'adénopathie trachéo-bronchique - Les aspects radiologiques des régions hilaires et médiastinales chez l'enfant » (*Thèse de Lille*, 1931).
- FIESSINGER, BRODIN. — « L'anergie hépatique dans la tuberculose » (*Annales de Médecine*, juin 1922).
- JACQUELIN, BAUDOIN, MOLLET, SOULIGNAC. — « Tuberculose pulmonaire latente et infections saisonnières » (*Bulletin Médical*, 18 juin 1938).
- KELSCH. — « Pathogénie de la tuberculose dans l'armée » (*Congrès Intern. de Tuberculose*, 1905, p. 575).
- LAËNNEC. — « Traité de l'auscultation médiane ».
- LENORMANT. — « Ostéites tuberculeuses des côtes avec fracture spontanée » (*Presse Médicale*, n° 62, août 1925, p. 14).

- LESNÉ, TURPIN, ZIZINE. — « Influence des radiations lumineuses sur la teneur en calcium d'un organisme normal en voie de croissance » (*Soc. de Biologie*, 20 décembre 1924).
- MOURIQUAND. — « Rôle de la carence alimentaire dans le développement de la tuberculose » (*Revue de Tuberculose*, 1923 - *Bulletin Médical*, 1923, n° 48).
- PESCAROLO. — « Les épanchements pleuraux invisibles » (*Thèse de Paris*, 1936).
- PIÉRY. — « Variations atmosphériques et tuberculose pulmonaire » (*Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, janvier 1922).
- PRUVOST et PESCAROLO. — « Pleurésies invisibles » (*Paris Médical*, 16 janvier 1937).
- RIST E. — « La Tuberculose » (*Armand Colin*).
- RIST, AMEUILLE. — « Le type adulte de l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse » (*Soc. Médic. des Hôp. de Paris*, 1914, p. 651).
- ROGER H., BINET L. — « La fonction lipolytique du poumon » (*Acad. de Médecine*, 4 oct. 1921).
- SAKKA A. — « Fracture spontanée des côtes par ostéite tuberculeuse » (*Revue de Tuberculose*, 1938, p. 949).
- SERGEANT. — « Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée : Tuberculose » (MALOINE).
- « Les réveils de tuberculose pulmonaire chez les adultes » (*Masson*, 1933).
- SERGEANT, DURAND H. et COTTENOT P. — « Les grosses adénopathies hilaires dans la tuberculose de l'adulte - La tuberculose ganglio-pulmonaire des jeunes adultes » (*Revue de Tuberculose*, 1924, p. 593).
- SERGEANT. — « Syphilis et Tuberculose » (*Masson*, 1907).
- SORREL E. — « Tuberculose osseuse et ostéo-articulaire » (*Masson*, 1932).
- SORREL E. et BUFNOIR P. — « Ostéite costale avec fracture spontanée » (*Revue d'Orthopédie*, XVIII, n° 3, 1931, p. 232).
- TELLIER, ROMÉY, BEYSSAC. — « Les dents des tuberculeux » (*Congrès Français de Stomatologie*, Paris, 1925).
- VILLEMEN. — « Tuberculose et traumatisme » (*Congrès Intern. de Tuberculose*, 1905, p. 223).
- WEIL. — « Les troubles du métabolisme azoté chez les tuberculeux pulmonaires » (*Bulletin Médical*, 1922, n° 6).

TUBERCULOSE DANS LES COLONIES FRANÇAISES

- ABATUCCI. — « La tuberculose dans le monde, et notamment dans les colonies françaises » (*Presse Médicale*, 1926, p. 139).
- CALMETTE. — « Epidémiologie de la tuberculose dans les colonies françaises » (*Ann. Inst. Pasteur*, T. XXVI, n° 7, p. 497-514).
- « Les causes de diffusion de la tuberculose à travers le monde » (*Revue de Tuberculose*, 1921, n° 4).
- CUMMINS S. — « La tuberculose chez les tribus primitives et ses relations avec la tuberculose des pays civilisés » (*Revue Intern. d'Hyg. Publique*, 1920, p. 145).
- HEINEMANN. — « Contribution à la question de tuberculose chez les tropicaux » (*Bull. Off. Int. Hyg. Publique*, 1928, p. 1300).
- KERANDEL. — « Tuberculose chez les Indigènes dans les colonies françaises » (*Congrès de la Santé Publique et de la Prévoyance Sociale* » (Marseille, 1922, p. 114).
- KERMORGANT. — « Tuberculose dans les colonies françaises » (*Annales d'Hyg. et de Méd. Coloniales*, 1906, p. 220).
- TOULLEC. — « La Tuberculose aux colonies » (*Grandes Endémies Tropicales*, 1932).

TUBERCULOSE EN INDOCHINE

- AUGIER. — « Tuberculose au Cambodge » (*Annales d'Hyg. et de Méd. Coloniales*, 1903, p. 61).
- BERNARD N. — « Tuberculose à Hué » (*Bulletin de la Soc. de Pathol. Exotique*, 1911, p. 550).
- BERNARD N., KOUN, Ch. MESLIN. — « Epidémiologie de la tuberculose en Annam » (*Archives de l'Institut Pasteur d'Indochine*, 1922, p. 165).
- *Bulletin de la Soc. de Pathologie Exotique*, 1912, p. 234
- BIGOT. — « Tuberculose pulmonaire en milieu annamite à Hanoï » (*Soc. Médico-Chirurgicale de l'Indochine*, 1938, p. 262).
- BUI et TRAN VAN KIM. — « La tuberculose et les fonctionnaires en Indochine » (*Soc. Médico-Chirurgicale de l'Indochine*, 1938, p. 9.201).

- CHABAUD et MARRIQ. — « Un cas de pyopneumothorax tuberculeux » (*Soc. Médico-Chirurgicale d'Indochine*, p. 838).
- CORNET E. — « Sur quatre cas de tuberculose conjonctivale » (*Soc. Médico-Chirurgicale de l'Indochine*, 1933, p. 469).
- DODERO J. — « Cuti-réaction à la tuberculine dans les écoles d'Hanoï ». (*Soc. Médico-Chirurgicale de l'Indochine*, 1938, p. 249).
- GAIDE. — « Tuberculose au Tonkin ». (*Annales Hyg. et Méd. Colon.*, 1905, p. 112).
- GAIDE et DOROLLE. — « La tuberculose et sa prophylaxie en Indochine française ». (*Exp. Colon. Intern. de 1931*).
- GAFFIERO. — « Note complémentaire au sujet de la tuberculose pulmonaire en Indochine ». (*Soc. Médico-Chirurgicale de l'Indochine*, 1932, p. 472).
- GAUDIBERT R. — « Les cortico-pleurites avec épanchement et la tuberculose chez les Indochinois vivant en France » (*Thèse de Marseille*, 1942).
- HENAFF. — « Tuberculose en Cochinchine ». (*Annales d'Hyg. et de Méd. Colon.*)
- HUARD P. — « Deux cas de tuberculose hyperostosante chez des Annamites ». (*Soc. Médico-Chirurg. de l'Indochine*, 1933, p. 313).
- HUILLET G. — « Infection tuberculeuse dans les écoles de Soctrang ». (*Soc. Médico-Chirurg. de l'Indochine*, 1926, p. 89).
- JOURDRAN. — « Le problème de la tuberculose à travers le monde ». (*Soc. Médico-Chirurg. de l'Indochine*, 1930, p. 377).
- LALUNG, BONNAIRE, GUERARD, H. de NESTOUR. — « Les conceptions indigènes de la tuberculose en Indochine ». (*Annal. de Méd. et de Pharm. Colon.*, 1935, p. 401).
- LASNET. — « La tuberculose en Indochine ». (*Revue de tuberculose*, 1925, p. 422, et *Bulletin de l'Office Int. d'Hyg. Publique*, 1925, T. XVII, f. 1, p. 14).
- MASSIAS Ch. — « Tuberculose ganglionnaire, mésentérique et médiastinale ; tuberculose intestinale chez l'adulte indigène d'Indochine ». (*Soc. Médico-Chirurg. de l'Indochine*, 1936, p. 13).
- « Enquête sur la tuberculose en Cochinchine ». (*Soc. Médico-Chirurgicale de l'Indochine*, 1936, p. 16).

- « Enquête sur la tuberculose à Soc Trang ». (*Soc. Médico-Chirurg. de l'Indochine*, 1933, p. 598).
- « Tuberculose aigue granulique ». (*Soc. Médico-Chirurg. de l'Indochine*, 1925, p. 381).
- « Enquête sur l'infection tuberculeuse dans les écoles de Chaudoc ». (*Soc. Médico-Chirurg. de l'Indochine*, 1925, p. 376).
- MONTEL LMR. — « Tuberculose chez l'Annamite en Cochinchine ». (*Bulletin de la Soc. de Pathol. Exo.*, 1924, p. 446).
- NORMET et GAFFIERO. — « Statistiques relatives à l'avenir à l'avenir des militaires indochinois tuberculeux réformés ». (*Soc. Méd. Chirurg. de l'Indochine*, 1932, p. 470).
- SAMBUC Ed. — « Hématémèse mortelle due à une tuberculose hépatique ». (*Soc. Méd. Chir. de l'Indochine*, 1932, p. 13).
- « Tuberculose ganglionnaire simulant un néoplasme du médiastin (pseudo-lymphôme) ». (*Soc. Médico-Chirurg. de l'Indochine*, 1933, p. 83).

TUBERCULOSE DES NOIRS

- ARNOULD E. — « Tuberculose chez les Noirs vivant auprès des Blancs ». (*Presse Médicale*, 1936, p. 1.157).
- AUCLERT J. — « Contribution à l'étude de la tuberculose des Noirs et de ses lésions anatomiques en A. E. F. ». (*Thèse Marseille*, 1937).
- BEAUVALLLET B. — « Tuberculose Chirurgicale des Noirs en France ». (*Annales Méd. et Pharm.*, T. XXXI, p. 336).
- BEZANÇON et ARNOULD. — « Nouvel aspect du problème de la tuberculose chez les noirs » (*Revue Coloniale de Médecine et de Chirurgie*, 1937, p. 1209 - *Bull. Acad. Méd.*, 1937, n° 26, p. 6).
- BLANCHARD. — « La tuberculose en A. O. F. » (*Presse Médicale*, 1935, p. 743).
- BLAZY C. — « La tuberculose des troupes sénégalaises » (*Revue de Tuberculose*, 1925, p. 461).
- BOLTANSKI E. — « La tuberculose des noirs » (*Presse Médicale*, 1935, p. 709).
- BORREL A. — « Pneumonie et tuberculose chez les troupes noires » (*Ann. Inst. Past.*, 1920, p. 105).

- BOTREAU ROUSSEL. — « La tuberculose ostéo-articulaire chez les Noirs transplantés en France » (*Presse Médicale*, 1933, p. 2.040).
- BOTREAU ROUSSEL, HUARD et PALES. — « La tuberculose chez les Noirs Africains » (*Clinique Chir. des pays chauds*, 1938, p. 277).
- BOTREAU ROUSSEL. — « La tuberculose des Noirs » (*Presse Médicale*, 1938, p. 304).
- BROCQUET et MORENAS. — « La tuberculose pleuro-pulmonaire des Noirs » (*Ann. d'Hyg. et de Méd. Colon.*, 1921, p. 230 - *Revue de Tuberculose*, 1920).
- GROS. — « La tuberculose des Noirs » (*Ann. d'Hyg. et de Méd. Colon.*, 1920, p. 169).
- LAURENCE. — « L'invasion primitive tuberculeuse chez les tirailleurs sénégalais et ses rapports avec les séquelles d'affections pleuro-pulmonaires » (*Ann. de Méd. et de Pharm. Colon.* 1932, p. 516).
- MALARD. — « Evolution de la tuberculose chez les travailleurs sénégalais de La Rochelle en 1935 et 1936 » (*Presse Médicale*, 1937, p. 1195).
- PALES. — « La tuberculose des Noirs vue d'A.E.F. » (*Revue de Tuberculose*, 1938, p. 190).
- PEDELAHORE P. — « Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire des troupes noires - Guerre 1939-1940 » (*Thèse de Lyon*, 1941).
- PELTIER. — « La tuberculose des séreuses dans les troupes noires » (*Sud Méd. et Chir.*, 1929, p. 2.472).
- TOULLEC. — « La tuberculose des Sénégalais » (*Ann. de Méd. et de Pharm. Colon.*, 1931, p. 635).
- « La tuberculose en Afrique Noire » (*Gazette Méd. de France*, 1931, n° 15, p. 377).
-

TABLE DES MATIERES

	Pages
AVANT-PROPOS	13
INTRODUCTION	17
CHAPITRE PREMIER. — <i>La tuberculose en Indochine</i> ..	21
I. Imprégnation tuberculeuse de l'Indochine	22
II. Degré de l'imprégnation tuberculeuse en Indochine. - Index tuberculinique	28
III. Les aspects de la tuberculose en Indochine	30
IV. Morbidité et mortalité par tuberculose en Indochine	33
CHAPITRE II. — <i>Conditions de vie des travailleurs indochinois en France - Facteurs étiologiques qui ont pu présider à l'éclosion d'une tuberculose</i>	35
I. Facteurs extérieurs à l'individu (climats, saisons)	36
II. Facteur social	40
III. Facteurs propres à l'individu	43
CHAPITRE III. — <i>Les aspects de la tuberculose chez les travailleurs indochinois en France</i>	53
A. — Généralités	53
B. — Degré d'imprégnation tuberculeuse	54
C. — Evolution générale	54
D. — Différentes formes de tuberculose	57
I. Tuberculose pulmonaire	58
II. Tuberculose osseuse	78
III. Tuberculose ganglionnaire	98
IV. Tuberculose des séreuses	107
V. Autres localisations	116
CONCLUSIONS	119
BIBLIOGRAPHIE	123

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

